

Håndtering av brystkreft

En studie av kropp, kjønn og identitet i møte med kvinner som har opplevd brystkreft

Gjøril Bergva Aas



Masteroppgave i sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

UNIVERSITETET I OSLO

1. september 2005

Sammendrag

Denne oppgaven handler om hvordan et utvalg brystkreftopererte kvinner opplever og håndterer sin situasjon. Dette belyses gjennom kvalitative intervjuer med elleve kvinner, hvorav seks har fjernet brystet og fem har beholdt brystet. Interessen for temaet har blant annet bakgrunn i økningen i antall brystkrefttilfeller, særlig blant yngre aldersgrupper. Vi lever samtidig i en kultur hvor den ekstreme fokuseringen på kroppen som individuelt prosjekt har blitt en del av vår hverdag. Oppfatningen om at vi selv er ansvarlige for hvordan kroppen ser ut innebærer at kroppen kan formes og bygges i tråd med de kulturelle forventningene. Det kan være vanskelig å leve med en kropp som oppleves som avvikende, og det er noe stadig flere brystkreftrammede må forholde seg til. Til tross for en erkjennelse av at sentrale aspekter ved brystkreftrammedes situasjon ikke har blitt belyst godt nok tidligere, er det i Norge forsket lite på opplevelsesaspektet.

Det er de sosiale og kulturelle aspektene ved brystkreft som er denne oppgavens anliggende. Problemområdene i oppgaven er kvinnes reaksjon på diagnosen og håndteringen av denne og deres forhold til kropp og bryst i forkant og etterkant av operasjonen. I analysen har jeg vært opptatt av å synliggjøre kvinnes erfaringer og opplevelser, men jeg har også ønsket å analysere deres fortellinger i en videre kontekst. Kvinnes erfaringer danner utgangspunkt for å belyse spørsmål knyttet til kjønn, kropp og identitet. Teoretiske innfallsvinkler som står sentralt i analysen er Frigga Haugs teori om *moralens tvekjønn*, Erving Goffmans teori om *stigma* og Ulla-Britt Lilleaas begrep om *kroppslig beredskap*.

Undersøkelsen viser at flere av kvinnene tar mer hensyn til omgivelsene enn til seg selv når diagnosen er et faktum. Dette peker i retning av at det kan være en sammenheng mellom måten å takle diagnosen på og det å være typisk kvinne. Videre tyder materialet på at normaliteten var referansepunkt for kroppens vekt, form og fasing i forkant av sykdommen. Brystene var ikke utsatt for samme fokus. Ulike vurderinger legges til grunn når kvinnene reflekterer rundt det å miste eller beholde brystet, men en tendens synes å være at kreftsykdommen dominerer hos de som har fjernet brystet. De skyver brysttapet i bakgrunnen, mens de som har beholdt brystet reflekterer mer rundt brystets mulige betydninger. Blant de som har fjernet brystet får inngrepet relativt store konsekvenser for evnen til å presentere kroppen i ulike sammenhenger, derfor velger flere å bygge opp brystet igjen. En sentral tendens er at erfaringene med sykdommen fører til at kvinnene legger mindre vekt på kropp og utseende.

Takk

Det er mange som skal takkes ved enden av dette prosjektet. Først og fremst vil jeg takke kvinnene som delte sine erfaringer med meg. Uten dere ville ikke denne studien latt seg gjennomføre. Takk til Lise Høie, daglig leder i Foreningen for brystkreftopererte, som ga meg adgang til feltet.

Jeg vil også rette en stor takk til Ulla-Britt Lilleaas for gode råd og spennende diskusjoner. Jeg kunne ikke hatt en bedre veileder!

Flere har lest og kommentert utkast til oppgaven, det har betydd veldig mye for meg. Til Morten Totland Frøyen, Øyvind Horverak, Ragnhild, Linda og Karen: Takk for gode innspill og konstruktiv kritikk.

Takk til Trine og Petter ved Repro på Blindern. Dere er gode å ha!

Sist, men ikke minst, vil jeg rette en stor takk til venner og familie for all oppmuntring og støtte i forbindelse med arbeidet med denne oppgaven. Dere er fantastiske!

Oslo, august 2005

Gjøril Bergva Aas

Innholdsfortegnelse:

Kapittel 1. Innledning	3
Tidligere forskning på feltet	3
Problemstillinger og avgrensning	5
Oppgavens oppbygning	7
Kapittel 2. Analytiske rammer	8
Brystkreft som medisinsk fenomen	9
Mulige årsaker	9
Behandling	9
Rekonstruksjon	10
Teoretiske perspektiver på kropp, kjønn og identitet	10
Kroppen i sosiologien	10
Kroppen som formidler	11
Kroppslig beredskap	13
Den ”åpne” kroppen	14
Akkurat passe kvinne	14
Hva betyr kvinnebryst?	16
Stigma	18
Min forståelse av kroppen	19
Kapittel 3. Metode og etikk	20
Det kvalitative forskningsintervjuet	20
Materiale og utvalg	21
FFB	21
Krav til utvalget	22
Tilgjengelighet til feltet	22
Rekrutteringsprosessen	23
Etikk i rekrutteringsprosessen	24
Det endelige utvalget	25
Hvem er det som stiller opp?	26
Hvem er det som ikke vil delta?	27
Intervjuguiden	27
Gjennomføring av intervjuene	28
Den første kontakten	28
Nærhet og distanse	29
Å lytte	30
Ansvar og grenser	31
Forskerposisjon	31
Insider/outsider	31
Analyse	33
Kapittel 4. Håndtering av diagnosen og kroppslig beredskap	35
Et slag i ansiktet	35
Fighting spirit	37
Ansvar for egen helbredelse	39
Omgivelsenes reaksjoner	41
Typisk kvinne?	44
Et oppgjør med kroppslig beredskap?	47
Kapittel 5. Kroppsopplevelsen	50
Forholdet til kroppen før sykdommen	50
Ikke helt fornøyd, men komfortabel?	54
Forholdet til brystene før sykdommen	58

Brystets mening.....	60
Refleksjoner rundt det å fjerne eller beholde brystet	60
”Bryst er noe du skal ha to av”	61
”Brystene er deres identitet”	62
Alder og livssituasjon.....	63
”Bare fjern det!”	64
”For meg betyr det mye å ha to bryst”	67
Kapittel 6. Forholdet til kroppen etter operasjonen	71
Møtet med speilet: De som har fjernet brystet forteller	71
Møtet med speilet: De som har beholdt brystet forteller.....	73
Kroppspresentasjon	74
Rekonstruksjon.....	79
”Jeg savnet kløften”	81
Endret syn på kropp.....	84
Kapittel 7. Avslutning	86
Litteratur.....	89
Vedlegg	93

Kapittel 1. Innledning

Det overordnede målet med denne oppgaven er å undersøke hvordan et utvalg brystkrefterte kvinner, både de som har fjernet og de som har beholdt brystet, opplever og håndterer sin situasjon. Med utgangspunkt i kvinnenenes erfaringer har jeg ønsket å belyse spørsmål knyttet til kropp, kjønn og identitet. Før jeg belyser hovedproblemstillingene, vil jeg si noe om bakgrunnen for valget av temaet brystkreft og kort gjøre rede for tidligere forskning på feltet.

Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner både i Norge og i den vestlige verden forøvrig. I Norge får mellom 2500 og 3000 kvinner brystkreft hvert år, og mer enn 20 000 kvinner lever til enhver tid med denne diagnosen. Det betyr at hver tolvte kvinne blir rammet (Kåresen, Wist og Schlichting 2004:4). Det er først og fremst kvinner over 50 år som rammes, men rundt 20 prosent av tilfellene inntreffer hos kvinner under 50 år (Reitan og Schjølberg 2000:313). Tall fra Norsk Bryst Cancer Gruppe viser at 1235 kvinner ble rammet av sykdommen i 1970. Til sammenligning fikk 2503 kvinner diagnosen i 2000 (NBCG 2005). Det registreres med andre ord en økning i antall brystkrefttilfeller, og en bekymringsfull tendens er at økningen skjer i yngre aldersgrupper (Kåresen m.fl. 2004:25). Hvert år dør rundt 800 av sykdommen.¹ Prognosene er imidlertid bedre enn for mange andre kreftformer og andre alvorlige sykdommer. 75-80 prosent av de som får diagnosen blir friske (Lindebrække og Midtbø 2003:27).

Tidligere forskning på feltet

Forskning på brystkreft har for en stor del vært overlatt til den medisinske disiplin med hovedfokus på biologiske og somatiske sider. Fra starten av det 19. århundre og frem til i dag, har det skjedd store fremskritt når det gjelder behandling og det er gjort mange nyvinninger i den medisinske forskningen. Det er fortsatt forskning rettet mot sykdommens årsaker, symptomer og behandling av disse som utgjør den klart største delen av forskningen på feltet (Petersen, Enig, Nielsen, Petersen, Albeck og Sommerlund 1997:38). Årsaken til dette kan knyttes til flere forhold. Sykdomsforhold har tradisjonelt blitt definert, og defineres fortsatt, som tilhørende medisinen og legevitenenskapens område. Dessuten er kreft en alvorlig

¹ Det betyr imidlertid ikke at 800 av de 2500-3000 kvinner som får brystkreft hvert år dør. Med i denne statistikken er de som har hatt brystkreft i mange år.

somatisk sykdom som først og fremst krever behandling for at man skal overleve (Petersen m.fl. 1997:38).

I tillegg kommer undersøkelser som belyser kreftpasientenes opplevelser av sykdommen og behandlingen de mottar. Denne forskningen går under navnet ”livskvalitetsforskning”.² Bakgrunnen for interessen i livskvalitet ligger i det faktum at kreftens gåte ikke er løst. Det er fare for tilbakefall, selv etter år med behandling, noe som gjør rehabilitering til et normalt liv svært vanskelig. Mange kreftpasienter lever med frykten for tilbakefall, og behovet for andre perspektiver enn det rent somatiske har gjort seg gjeldende (Petersen m.fl.1997:38). Artikler og bøker om kreft og livskvalitet utgjør fremdeles en brøkdel av den enorme mengden litteratur som omhandler kreft, men feltet ekspanderer raskt, grunnet den økende interessen i livskvalitetsaspektet.

Tidligere handlet det i stor grad kun om å beseire kreften, mens det i dag anlegges et bredere perspektiv når det gjelder brystkreft. Blant annet har kvinnenes psykologiske påkjenninger i forbindelse med en brystkreftdiagnose fått større oppmerksomhet (Lindebrække og Midtbø 2003). En brystkreftdiagnose innebærer at flere aspekter ved en kvinnes tilværelse trues. Det er en reell trussel mot livet, men også mot selvoppfatningen (Faulkner og Maguire 1998). Brystet er et organ som knyttes til sentrale sider ved kvinnens liv, blant annet identiteten, kvinneligheten og seksualiteten. Tidligere forskning peker i retning av at kvinner verdsetter deler av kroppen som har å gjøre med kjønnsidentiteten (Reitan og Schjølberg 2000:90). Derfor har man vært interessert i å undersøke om ulike behandlingsformer har innvirkning på livskvaliteten. En utbredt antagelse er at de som får beholde brystet har bedre livskvalitet på sikt. Flere studier tyder på at det ikke eksisterer store forskjeller i livskvalitet mellom de som har fjernet brystet og de som har bevart brystet. Andre undersøkelser finner imidlertid at det har betydning for kvinners kroppsoppfattelse og seksualitet å beholde brystet (Petersen m.fl.1997:45).

Parallelt med økende oppmerksomhet rundt brystkreft har den ekstreme fokuseringen på kroppen som individuelt prosjekt blitt en del av vår hverdag. Oppfatningen om at vi selv er ansvarlige for hvordan kroppen ser ut innebærer at kroppen kan formes og bygges i tråd med

² Det finnes ingen allmenn akseptert definisjon av begrepet livskvalitet. Begrepet brukes ulikt innenfor kreftforskningen, det er opp til den enkelte forsker å velge de variabler han eller hun ønsker å bruke som indikatorer på livskvalitet (Petersen m.fl.1997:36).

de kulturelle forventningene (Shilling 1993, Giddens 1996). Det eksisterer sterke føringer for hvordan den ”riktige” kroppen skal se ut, og idealene gir ikke mye rom for avvik eller annerledeshet. Det kan være sårt å leve med en kropp som bryter med de gjeldende idealer. Det økende kommersielle presset på kroppen anses som relative årsaker til at både kvinner og menn sliter med kropp og utseende (Skårderud 2005). Hovedinntrykket fra internasjonale undersøkelser er at andelen som uttrykker misnøye med egen kropp eller utseende har økt de siste tiårene (Nova 2005). I tillegg har brystene hatt en helt sentral betydning i Vesten, da de anses som en av de kroppsdelene som definerer kvinnekroppen (Yalom 1999, Brownmiller 1986). I denne sammenheng kan man tenke seg at brystkreftammede befinner seg i en spesielt utsatt situasjon. Sett i lys av at det registreres en økning i antall brystkrefttilfeller, og økningen skjer blant yngre, er dette noe stadig flere kvinner må forholde seg til.

Til tross for en erkjennelse av at sentrale aspekter ved brystkreftammedes situasjon ikke har blitt belyst godt nok tidligere, er det i Norge forsket lite på opplevelsesaspektet. Vi presenteres nesten daglig for statistikk og prognoser, men bak tallenes tale er det personer med opplevelser og erfaringer (Lindebrække og Midtbø 2003). Fra flere hold hevdes det at pasientenes opplevelse av og kunnskap om sine sykdommer ikke har blitt hørt. Deres stemmer har aldri like høy status som ekspertenes (Carlstedt 1992:210). Av den grunn kan det være fruktbart å supplere den foreliggende forskningen med kvalitative studier som fremhever pasientenes erfaringer. Et av mine siktemål er nettopp å høre kvinnes stemmer, det er de som har erfart sykdommen på kroppen. Dersom disse erfaringene belyses og gjøres mer allment kjent, er det mulig at de kan få større legitimitet. Ut i fra det jeg har kjennskap til, er det ikke gjort mange studier av brystkreft med utgangspunkt i et samfunnsvitenskapelig perspektiv. Jeg kan nevne en hovedoppgave i helsefag som fokuserer på kvinners opplevelser ved å miste og å måtte leve med ett bryst (Hammer 1998). Hammer har bakgrunn som sykepleier, men understreker betydningen av å forstå tap av bryst i en sosial og kulturell kontekst (Hammer 1998:1). Hennes oppgave har vært en inspirasjonskilde. Jeg har imidlertid ikke funnet kvalitative undersøkelser som ser både på kvinner som har fjernet og beholdt brystet.

Problemstillinger og avgrensning

Hovedfokus i oppgaven er hvordan et utvalg brystkreftopererte kvinner opplever og håndterer sin situasjon. Dette kan knyttes an til et perspektiv innen sosiologien som vektlegger hvordan

noe ”gjøres”. Denne måten å drive sosiologisk forskning på er opptatt av å ta utgangspunkt i hverdagslige erfaringer for å få kunnskap om kvinners liv (Widerberg 2001:59). For å få innsikt i kvinnes situasjon har jeg intervjuet dem om deres erfaringer og opplevelser i forbindelse med sykdommen. Jeg har valgt å konsentrere meg om forhold knyttet til kroppen. Derfor vil kvinnes forhold til kropp, deres kroppsforståelse og kroppsopplevelse, utgjøre den røde tråden gjennom analysen. Hensikten er å få en totalforståelse av hvordan kvinnene forholder seg til sykdom, kropp, kjønn og identitet. For å kaste lys over dette, deles analysen inn i tre områder som fokuserer på følgende spørsmål og tema:

1. Hvordan håndterer kvinnene det å få en alvorlig sykdom? For å besvare dette spørsmålet vil jeg belyse kvinnes reaksjoner på diagnosen og hvordan de håndterer den. Kan det være en sammenheng mellom måten å takle diagnosen på og det å være ”typisk” kvinne?

2. Kvinnenes forhold til kropp og bryst før og under sykdommen. Her vil kvinnes kroppsforståelse og kroppsopplevelse før de ble syke stå sentralt. I denne sammenheng blir det interessant å se hvordan de forholder seg til kulturens kroppsideal. Hvilke tanker og refleksjoner har de rundt det å fjerne eller beholde brystet når diagnosen er et faktum?

3. Kvinnenes forhold til kropp og bryst etter operasjonen. I denne delen vil jeg belyse hvorvidt inngrepet får innvirkning på kvinnes forståelse av kroppen og mulighet til å presentere sin kropp for andre. En rekke underspørsmål vil besvares: Fører inngrepet til endrede vurderinger når det gjelder kropp og bryst? Hvilke grunner ligger bak ønsket om å bygge opp brystet igjen? ³

Gjennom oppgaven vil de medisinske aspektene tones ned, selv om kvinnes erfaringer ikke kan løsrives fra kreftsykdommen (Hammer 1998:1). Det er ikke selve sykdommen som er denne oppgavens anliggende, men de sosiale og kulturelle aspektene ved brystkreft.

Det er mange forhold som er interessante og relevante i forhold til mitt tema, blant annet er seksualitet et område som i seg selv kunne vært gjenstand for analyse. Det utgjør imidlertid et omfattende felt, og kan ikke behandles innenfor rammene av denne oppgaven.

³ Kvinner som har fjernet brystet får tilbud om å bygge opp et nytt bryst. Dette kan gjøres ved å benytte kroppens eget vev eller ved å legge inn silikon- eller saltvannprotese (Kåresen m.fl 2004:83).

Hensikten er å beskrive kvinnenenes egne erfaringer og fortolkninger, men jeg ønsker også å analysere disse i en videre kontekst. Det innebærer at tolkningene av det empiriske materialet er mine.

Oppgavens oppbygning

Det neste kapittelet utgjør det teoretiske og analytiske rammeverket for oppgaven. Her vil jeg starte med en kort presentasjon av brystkreft som medisinsk fenomen. Videre følger den hovedteoretiske delen der jeg gjennomgår perspektiver på kropp, kjønn og identitet. Kapittelet danner utgangspunkt for selve analysen.

Etter teoridelen følger en beskrivelse av fremgangsmåten jeg har benyttet. Kapittelet er en gjennomgang av de vurderinger jeg har foretatt med hensyn til valg av metode og rekruttering av informanter. Mine metodiske erfaringer med intervjusituasjonen og forsker-informant-relasjonen gjennomgås, og etiske dilemmaer diskuteres.

I den siste delen presenteres og analyseres det empiriske materialet. Denne delen består av tre kapitler. Det første tar for seg kvinnenenes reaksjon på diagnosen og håndteringen av denne. Det neste kapittelet omhandler kvinnenenes forhold til kropp og bryst før sykdommen, samt deres refleksjoner rundt det å fjerne eller beholde brystet. Det siste kapittelet i analysedelen belyser kvinnenenes forhold til kropp og bryst i etterkant av operasjonen. Oppgaven avsluttes med en oppsummering der jeg kort vil gjennomgå og kommentere funnene og presentere andre relevante temaer for forskning.

Kapittel 2. Analytiske rammer

For å belyse problemstillingene i denne oppgaven vil det empiriske materialet knyttes an til teoretiske perspektiver på kropp, kjønn og identitet. Først vil jeg kort skissere hvordan kroppen har blitt behandlet i sosiologien med utgangspunkt i boken *The Body and Social Theory* av sosiologen Chris Shilling (Shilling 1993). Deretter vil perspektiver som synliggjør kroppen som en bærer og formidler av symbolske budskap løftes fram. Kvinne- og kjønnsforskningen har dokumentert hvordan kroppen har en kjønnert erfaring, og har dermed vært en sentral bidragsyter til kroppsteoriene (Skårderud og Isdahl 1998:8).⁴ Denne forskningen har vært opptatt av å synliggjøre kvinners forhold til kropp, og gjennom dette vise hvordan kvinner underordnes gjennom disiplinering av kjønn og kropp (Widerberg 1995). Flere bidrag fra dette feltet trekkes inn. Jeg vil benytte et begrep, *kroppslig beredskap*, som er utviklet av sosiologen Ulla-Britt Lilleaas. Begrepet henspiller på hvordan mange kvinner har innarbeidet kroppslig beredskap som vane. Dette innebærer at de tar mer hensyn til andres behov enn egne behov (Lilleaas 2003). Frigga Haugs teori om *moralens tvekjønn* brukes som innfallsvinkel for å belyse sammenhengen mellom kjønn, kropp og moral (Haug 1990).

En oppgave som handler om brystkreft kommer ikke unna den enorme eksponeringen kvinnebrystet er og har vært utsatt for gjennom tidene. Kjønnsforskeren Marilyn Yalom har skrevet om kvinnebrystets kulturhistorie, og sentrale poeng fra hennes fremstilling om brystenes betydning vil bli belyst (Yalom 1998). Erving Goffmans teori om *stigma* anlegges når jeg ser nærmere på kvinnenenes forhold til kroppen etter operasjonen. Han er opptatt av hvordan det er riktig eller passende å oppføre seg i nærvær av andre mennesker, og kontroll over kroppen er viktig for å opprettholde identitet, sosiale roller og relasjoner (Goffman 1975). Til slutt vil kroppsforståelsen som legges til grunn for denne oppgaven gjennomgås.

Jeg vil imidlertid begynne med en kort presentasjon av brystkreft som et medisinsk fenomen, selv om det ikke er fokus i denne oppgaven. Bakgrunnen for å ha dette med er at det gir leseren et lite, men nødvendig innblikk i hva kvinnene gjennomgår.

⁴ Det er viktig å være oppmerksom på kritikken som har vært rettet mot dette feltet. Se for eksempel den pågående debatten i Klassekampen om den feministiske forskningens dilemmaer (Klassekampen 2005).

Brystkreft som medisinsk fenomen

Mulige årsaker

Det er flere forhold som kan ha betydning for om en kvinne utvikler brystkreft. Den viktigste faktoren for å få brystkreft ligger i det faktum at man er kvinne, men også andre forhold som alder, arv, bosted og tidligere kreftdiagnose har betydning (Kåresen m.fl. 2004:24). En utbredt oppfatning er at høyt utdannede kvinner er mer utsatt for brystkreft enn kvinner med lavere eller ingen utdanning. Tidligere har det vært antatt at dette har sammenheng med når eller om kvinnene får barn (Aftenposten 2005). Det er bred enighet i fagmiljøet om at det å få barn tidlig beskytter mot brystkreft, mens sene barnefødsler øker risikoen (Kåresen m.fl. 2004:30). Dette bekreftes av en ny norsk undersøkelse, men denne studien peker i retning av at det også må finnes andre årsaker enn barnefødsler til at høyt utdannende oftere får brystkreft. Hvorfor det er slik kan forskerne foreløpig ikke svare på (Aftenposten 2005). Det har tidligere vært antatt at amming beskytter mot brystkreft, men nyere forskning trekker denne konklusjonen i tvil. Andre forhold som kan ha innvirkning er tidligere menstruasjonsdebut, sen overgangsalder, overvekt og økt bruk av østrogenholdige piller. I tillegg peker forskere på at det fysiske aktivitetsnivået, kosthold, røyking og alkohol kan ha betydning, men det er behov for flere undersøkelser (Kåresen m.fl. 2004:25).

Behandling

Som nevnt i oppgavens innledning, kan man si at det i dag er et bredere fokus når det gjelder brystkreft enn tidligere. Med økende forståelse for at det å fjerne brystet er et stort inngrep som påvirker kvinnen sterkt, har brystbevarende kirurgi økt i omfang (Lindebrække & Midtbø 2003). I perioden fra 1990 til 1995 var 14 prosent av alle brystkreftoperasjoner brystbevarende. Til sammenligning fikk 42 prosent av alle kvinner brystbevarende behandling i 2003. Ved Ullevål Universitetssykehus i Oslo er i dag ca. 70 prosent av operasjonene brystbevarende (Kåresen m.fl. 2004:55). Brystbevarende operasjon innebærer at kun svulsten fjernes, og kvinnen beholder brystet. Den andre operasjonsmetoden som benyttes, er at hele brystet fjernes. Hvilken metode som velges avhenger av en rekke forhold, blant annet svulstens størrelse, type, utbredelse, brystets størrelse, kvinnenes alder og mulighet for strålebehandling (Kåresen 2004:87). Dersom det er medisinsk forsvarlig kan kvinnen velge operasjonsmetode. I tillegg til selve inngrepet kommer ulike former for etterbehandling, blant annet cellegift, stråling og hormonbehandling.

Rekonstruksjon

Dersom brystet fjernes er det mulig å bygge det opp igjen ved en såkalt rekonstruksjon. En metode er å legge inn en protese av silikon eller saltvann (Kåresen 2004:83). Brystet kan også bygges opp ved å bruke kroppens eget vev. Dette gjøres ved at det tas vev fra rygg eller mage. Ny brystvorte lages enten ved at man tatoverer eller transplanterer fra en del av brystvorten på den andre siden (Kåresen 2004:84).

Teoretiske perspektiver på kropp, kjønn og identitet

Kroppen i sosiologien

Den medisinske disiplin og den sosiologiske disiplin anlegger forskjellige perspektiver på kropp, helse og sykdom. Generelt kan man si at det medisinske perspektivet anser kroppen som stedet for diagnostisering. Fokuset rettes mot biologiske prosesser, og de sosiale og erfaringsmessige aspektene ved kroppen blir borte (Steihaug 2002:29). Den sosiologiske litteraturen har på sin side fått kritikk både internt og eksternt for at kroppen er fraværende. Ignoreringen og nedvurderingen av kroppen innen sosiologien kan knyttes til tanken om at kropp er biologi og natur, og dermed naturvitenskapens anliggende (Fürst 1990:1). Det er imidlertid flere sosiologer som har satt kroppen på dagsorden, og innen sosiologien har det blitt vanlig å betrakte kroppen som et uttrykk for sosial identitet og tilhørighet (Shilling 1993). Et av perspektivene vektlegger både fysiologiske prosesser, tanker og følelser, ifølge Lilleaas (Lilleaas 2003:22). Tanken er at både biologiske og sosiale prosesser må inkluderes for å få en helhetlig forståelse av kroppen. Dette perspektivet kan være et fruktbart verktøy for å forstå brystkreftammedes situasjon. Ved å sette hele mennesket i fokus kan man få grep om aspekter som ikke har blitt belyst godt nok tidligere, og man kan kanskje utfylle og komplettere det medisinske blikket.

Shilling gjennomgår kritikken ulike retninger innen sosiologien har blitt møtt med i forhold til kroppens fravær. I den klassiske sosiologien har det vært en tendens til å betrakte kroppen som en bevissthet/kropp-dikotomi, og bevisstheten har fått status som det som definerer mennesket (Shilling 1993:9).⁵ Kroppen har blitt redusert til et objekt, til natur og biologi, og mennesket har blitt fremstilt mer som bevissthet enn kropp. Flere har forsøkt å bryte med denne tankegangen, og det har åpnet for nye innfallsvinkler til fenomenet kropp.

⁵ Med dikotomi menes todeling (Korsnes m.fl. 2001:57).

Shilling hevder at kroppen best kan forstås som et ufullendt biologisk og sosialt fenomen, ”which is transformed, within limits, as a result of participation in society” (Shilling 1993:12). Kroppen må derfor betraktes som et fenomen som både er materielt, fysisk og biologisk, og som ikke kan reduseres til sosiale prosesser (Shilling 1993:10). Det problematiske ved å forstå kroppen som et sosialt produkt er at man risikerer at kroppen nettopp forblir det råmaterialet som det sosiale livet eller kulturen springer ut av (Shilling 1993:72). Ifølge Shilling er kroppen levende og dynamisk, og må betraktes som en helhet. Ved å foreta dette grepet mener han at man kan oppnå en utvidet forståelse av kroppen. Dette perspektivet bygger på en kroppsforståelse som presenteres av den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty.

Merleau-Ponty ønsker først og fremst å overkomme skillet mellom kropp og bevissthet. Han ser kroppen som en enhet der alle delene står i et indre forhold til hverandre, den er ureduserbar (Merleau-Ponty i Lilleaas 2003:35). Videre oppfatter han kroppen som grunnleggende tvetydig. “Det er en tvetydighet som rommer at kroppen både er noe som er gitt; før vi kan reflektere om den, og noe som er kastet inn i verden; som våre sosiale konstruksjoner om kroppen” sier Skårderud om kroppsforståelsen hos den franske filosofen (Skårderud og Isdahl 1998:63).⁶ Kroppen kan dermed forstås som en relasjon mellom det gitte og det sosialt konstruerte; mellom natur og kultur. Kroppslige erfaringer er et sentralt tema for Merleau-Ponty: subjektive opplevelser, den handlende og erfarende kroppen, må inkluderes for å få kunnskap om fenomener.

Kroppen som formidler

Psykiater Finn Skårderud og psykolog Per Johan Isdahl peker på at vi lever i et kroppskulturelt samfunn der vår evne til å presentere oss overfor andre er av sentral betydning (Skårderud og Isdahl 1998). Tidligere ble kroppen ansett som et middel til å skaffe mat og produsere barn, mens den i dag er sosialt og psykologisk viktig for hvordan den ser ut. Kroppen har med andre ord beveget seg fra produksjon til presentasjon, og forfatterne ser kroppen i det moderne som en bærer og formidler av symbolske budskap (Skårderud og Isdahl 1998:10). Gjennom kroppen avsløres normer og verdier som er dominerende i den kulturen og det samfunnet vi lever i. “Kroppen i kulturen blir et redskap for å kommunisere nettopp om kulturen selv, om dens grenser, normer og estetiske idealer. Kroppen er ikke minst

⁶ Her bygger jeg på det Finn Skårderud skriver om Maurice Merleau-Ponty i kapittelet ”Idehistorier om kroppen” i boken *Kroppstanker. Kropp- kjønn- idéhistorie* (Skårderud og Isdahl 1998).

individets redskap for å kommunisere - til seg selv og til andre - om det som kalles identitet” (Skårderud og Isdahl 1998:7).

Shilling ser en tendens til at kroppen har blitt mer sentral for dannelsen og utformingen av menneskers selvidentitet. Kroppens ytre trekk signaliserer til oss selv og andre hvem vi er og hvem vi ønsker å være (Shilling 1993:5). Dette synet deles av sosiologen Anthony Giddens som hevder at ”kroppen er meget direkte forbundet med selvets prinsipielle konstruktion” (Giddens 1996:122). Ifølge Giddens fungerer kroppen som selvets presentasjonsflate, og flere aspekter ved kroppen har betydning for selvets og selvidentiteten. I lys av dette har ulike kroppsregimer eller kroppsprosjekter fått en sentral plass i vår tid, og slanking trekkes frem som det mest utbredte (Giddens 1996:120-121). ⁷

Oppfatningen om at vi selv kan bygge og forme den ”riktige” kroppen er et resultat av vektleggingen av kroppen som individuelt prosjekt. “Investing in the body provides people with a means of self-expression and a way of potentially feeling good and increasing the control they have over their bodies” (Shilling 1993:7). Det fokuseres i stor grad på én kroppstype, og det er den unge, slanke og trente kroppen som er idealet man skal strebe etter. Denne kroppen gir klare signaler om en disiplinert og viljesterk person som er i stand til å kontrollere seg og sin verden (Søndergaard 1996:94). Gjennom kroppsregimene kan en person framstille seg selv symbolsk, og det er en måte å gi selvidentitetens fortellinger en ytre form (Giddens 1996:79).

Det eksisterer sterke oppfatninger i kulturen om hvordan den ideelle kvinnekroppen skal se ut og tradisjonelt er det kvinnekroppen som har blitt objektivisert, iaktatt og begjært. Fra flere hold hevdes det at ”tvetydigheten i kvinners kroppssituasjon er tydeligere og mer konfliktfylt, enn tilfellet er for menn” (Fürst 1998:143). Med dette menes at kvinnekroppen er underlagt strengere krav om skjønnhet og perfeksjon enn mannskroppen. Dette kan ses i lys av at kroppen antas å ha en mer grunnleggende plass i dannelsen av kvinners identitet enn den har for menn. Haug forklarer dette med at sosialiseringen til kvinner skjer via kroppen, ”kroppsligheten skaper deres identitet” (Haug 1990:32).

⁷ Giddens viser også til andre regimer, for eksempel trening, dietter, klær og mote (Giddens 1996:79).

Vi vet mindre om hvordan menn forholder seg til kropp. Forskeren Knut Kolnar sier at det strider mot mannsrollen å snakke om kropp, det er fortsatt et ordløst område. (Dagbladet 2005). Ifølge Lilleaas har ikke menn så lett for å vise sine følelser, og de snakker i mindre grad enn kvinner om hva som plager dem (Lilleaas 2004b:34). Nyere forskning peker imidlertid i retning av at kroppssentreringen også gjelder for gutter og menn. Mye tyder på at idealet om den trente, slanke og faste kroppen er felles for begge kjønn. Lilleaas viser i en studie av mannlige idrettsutøvere hvordan mennene er opptatt av å ha en slank og veltrent kropp (Lilleaas 2004b:36). Lien belyser i sin hovedoppgave om menn og slanking hvordan menn må holde orden på kroppen for å lykkes som en moderne mann i dag (Lien 2004).

Kroppslig beredskap

En hensikt med oppgaven er å belyse hvordan kvinnene håndterer det å bli rammet av alvorlig sykdom. Lilleaas har i sin doktoravhandling *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne* intervjuet kvinner med kroniske muskelsmerter (Lilleaas 2003). Hun finner at mange kvinner har innarbeidet kroppslig beredskap som vane. ”Å være i kroppslig beredskap for andre innebærer at man involverer seg i andre mennesker og tar ansvar for deres ve og vel, ikke bare praktisk, men også følelsesmessig. Det betyr at kroppen involveres på mange plan, og når beredskapen blir en vane, blir kroppen stiv og anspent, noe som har en ugunstig virkning på kroppen” (Lilleaas 2004a:61). Dette er en kroppserfaring mange av kvinnene i studien til Lilleaas forteller om. De står i beredskap for andre til enhver tid, og når arbeidsoppgavene blir for mange og arbeidet tas for gitt, får det konsekvenser for kroppen (Lilleaas 2003:47).

Blant kvinnene jeg intervjuet er det flere som forteller hvordan de måtte ”ta seg sammen” da de fikk diagnosen. De kunne ikke bryte sammen da de følte at de måtte være sterke på familie og venners vegne. En kvinne sier:

Det å fortelle det til familien, det var jo ganske sterkt å gjøre det. Men jeg tror du blir veldig sterk ved å si det, for du må være den som er sterk og trøste. Så i den perioden var jeg veldig tøff, sånn med å takle det. Jeg var veldig positiv for jeg visste at dette skulle gå bra. Jeg var veldig sånn.. ovenpå (Liv).

Utsagnet er betegnende for flere av kvinnene, og for å belyse dette fenomenet låner jeg begrepet kroppslig beredskap av Lilleaas.

Den ”åpne” kroppen

Kvinnernes forhold til kroppen er et gjennomgående tema i oppgaven, og på denne bakgrunn blir det relevant å belyse hvordan kvinnekroppen symboliseres i den moderne kultur. Antropologen Jorunn Solheim retter fokus mot det symbolske univers som kvinnekroppen er innskrevet i og forsøker å forstå kvinnekroppen som en spesifikk symbolsk konstruksjon (Solheim 1998). Hun ønsker å synliggjøre hvordan kropp og kulturell mening henger sammen, kroppslige erfaringer og opplevelser får mening innen en bestemt sosial og kulturell sammenheng (Solheim 1998:60). Som innfallsvinkel til fenomenet kropp er Solheim opptatt av kroppens grenser og hva kroppens grenser egentlig er.⁸ Hun hevder at kroppen best kan forstås som et grensefenomen der det fysiske og symbolske ikke lar seg skille fra hverandre (Solheim 1998:19). Hennes påstand er at kvinnekroppen står i en spesielt utsatt og tvetydig situasjon i forhold til mannskroppen; den mangler grenser. Denne forestillingen om kvinnekroppen som åpen og grenseløs er en sosial konstruksjon, men er blitt naturliggjort og tas derfor for gitt, ifølge Solheim (Solheim 1998:69).

I forlengelsen av at kroppen betraktes som et grensefenomen kan sykdom forstås som grensekrenkelse (Solheim 1998:121). Solheim peker på at kreft ikke lenger er ensbetydende med død. Metaforene for kreft har forandret seg, og kreft signaliserer i større grad en mulig løsning i form av et ”offer”. Man må operere bort en del av kroppen for å overleve (Solheim 1998:122). Gjennom kreftoperasjonen, der en del av kroppen fjernes, setter Solheim ord på følelsen av tapet, krenkelsen, og det å miste sine grenser. Ifølge Solheim kan forestillingen om offeret settes i sammenheng med spørsmålet om symboliseringen av det kvinnelige. Det kvinnelige fremstilles kulturelt som formløst, ubestemmelig og smittsomt. Med andre ord er kvinnelighet det å mangle grenser (Solheim 1998:130).

Akkurat passe kvinne

Mitt materiale kan tyde på at kroppens vekt er av sentral betydning for hvordan kvinnene opplever kroppen sin. En del synes at de veier noen kilo for mye eller at fordelingen av kilo er feil. Flere forfattere peker på hvordan kroppens vekt utgjør en viktig komponent ved kvinners kroppsopplevelse og kroppsforståelse (Haug 1990, Brownmiller 1986, Lundgren 2001, Søndergaard 1996). I artikkelen *Moralens tvekjønn* belyser Haug koblingen mellom kropp, kjønn og moral. Ifølge Haug knyttes det ulike moralske forventninger og verdier til

⁸ Ifølge Solheim er grenser viktige fordi vi tenker med referanse til symbolske grenser. ”Kroppen er vårt primære medium for grenseopplevelse” (Solheim 1998:69).

henholdsvis menn og kvinner. For kvinner er moral først og fremst knyttet til kroppen, mens den for menn er knyttet til eiendom og hvorvidt de lykkes i arbeidslivet, hevder hun (Haug 1990:19). ”Kroppens tilstand er samtidig kvinnes holdning til verden, den uttrykker aktivitet. Motsatt er en ustelt kropp i henhold til den allmenne oppfatning obskøn eller sågar dyrisk” (Haug 1990:25). Haug argumenterer for at den sterke tilknytningen mellom identitet og kropp som gjelder for kvinner, fører til at det kan oppstå tvil om en kvinnes moralske karakter dersom hun ikke tar vare på kroppen sin: ”En moralsk kvinne gjenkjennes ved måten hun forholder seg til sin kropp på” (Haug 1990:13).

Haug peker på at kvinnekroppen innordnes under den gjeldende standarden, normaliteten, allerede fra tidlig alder, gjennom en sentrering rundt kroppen som er særegen for jenter. Det handler i stor grad om å være ”akkurat passe kvinne”, verken for mye eller for lite (Haug 1990:26). Dette kan settes i sammenheng med hvordan kvinne- og mannskroppen iscenesettes kulturelt. Mannskroppen skal helst være stor og muskuløs, mens kvinnekroppen skal være mannskroppens motsetning, liten og nett. Lundgren hevder at ”ytre storhet og litenhet representerer altså ekte indre kjønnsidentiteter - mannlig og kvinnelig” (Lundgren 2001:112). Å være liten og smal som kvinne blir viktig, det er den riktige kvinneidentiteten. For kulturens aktører blir det viktig å underbygge, tydeliggjøre og fremføre forskjellen mellom manns- og kvinnekroppen. På denne måten vil de kulturelle kravene til kvinnelighet oppfylles, og man viser at man behersker kvinnelighetens regler (Søndergaard 1996:98).

Denne problematikken synliggjøres også av feministen Susan Brownmiller. Hun oppfatter kvinnelighet som en samling av store og små kompromisser. Man må følge de gjeldende normer og regler for oppførsel og utseende som sømmer seg for å kvalifisere seg som ”riktig” kvinne (Brownmiller 1986:12). Et illustrerende eksempel er at en kvinne som er høyere enn en mann, bryter med en av kvinnelighetens hovedregler. Mye av dette handler om at kvinnen må understreke at hun er en ekte kvinne, hun må bevise sin kvinnenatur (Brownmiller 1986:28). De kulturelle kodene trenger inn under huden på aktørene, og det normative innarbeides i aktørenes forståelse som det naturlige og det riktige: ”En kvinne som ikke er i motsetning til kulturens forestillinger om hvordan en kvinne skal være, oppleves som harmonisk”, sier Søndergaard (Søndergaard 1996:162). En av kvinnene jeg intervjuet sa:

Det er jo det at brystet er en veldig viktig del av det å være kvinne. Og det er jo det menn fokuserer på; bryst. Alle fokuserer på bryst, det er noe du skal ha to av, ikke sant? Det er mennene som er flate, og fjerner du brystet blir du jo helt mann (Gro).⁹

Brownmiller hevder at ”å ikke være tilstrekkelig kvinnelig oppfattes som om man mislykkes med å oppnå sin seksuelle identitet eller at man ikke bryr seg om seg selv tilstrekkelig mye” (Brownmiller 1986:12).¹⁰ En kvinne som ikke oppfyller de kulturelle forestillingene kan risikere å bli ansett som mandig, kjønnsløs eller lite attraktiv (Brownmiller 1986:12).

Hva betyr kvinnebryst?

Jeg hadde en forforståelse av fenomenet brystkreft, og en del av mine tanker kretset rundt hvilken betydning kvinnene legger i brystene. Hvorfor synes noen det er greit å fjerne brystet, mens det for andre er svært viktig å beholde det? Symboliserer bryst ulike ting for kvinner? Yalom hevder at vi lever i en brystfiksert kultur, men det er kanskje ikke alle som tar denne delen av kulturen like mye inn over seg? (Yalom 1999). For å få et innblikk i hvilke betydninger bryst kan ha, var det nødvendig å sette seg inn i kvinnebrystets historie.

Ifølge Yalom representerer kvinnebrystet et sterkt symbol på kvinnelighet i vår kultur. Slik er det ikke overalt, i andre kulturer er det andre kroppsdelene som uttrykker det genuint kvinnelige. I Vesten har imidlertid brystene hatt en sentral betydning, da de anses som en av de kroppsdelene som definerer en kvinnekropp (Yalom 1999:9). Historisk har kvinners bryst blitt tillagt mange ulike betydninger, og hva bryst betyr er det ikke mulig å gi et entydig svar på. Hvordan vi ser kvinnebryst vil avhenge av de gjeldende samfunnsverdier og kulturnormer på det stedet og i den tiden vi lever, hevder Yalom (Yalom 1999:250). Det er imidlertid vanlig at brystene knyttes til sentrale sider ved en kvinnes liv, blant annet seksualiteten, kvinneligheten og selvidentiteten. Det er et kroppslig organ, et sosialt organ, et psykologisk identitetsmessig organ, et intimt, erotisk og seksuelt organ, et kvinnelig og feminint organ, og et symbolsk organ (Yalom 1999). Brownmiller fremhever brystene som en del av kvinneligheten og en vesentlig del av den kvinnelige skjønnhet. Selv om deres funksjon i grunnen er reproduktiv, ”er det deres symbolske mening og faktiske sårbarhet som gjør dem til kjønnsnets fremste kjennetegn” (Brownmiller 1986:41).¹¹

⁹ Dette utsagnet vil jeg analysere nærmere i kapittel 5.

¹⁰ Min oversettelse.

¹¹ Min oversettelse.

Hvilke betydninger man tillegger brystene vil også variere i forhold til hvilke øyne som ser. Yalom antyder: ”Spedbarn ser mat. Menn ser sex. Leger ser sykdom. Forretningsfolk ser dollartegn. Religiøse autoriteter omformer brystene til åndelige symboler, mens politikerne griper tak i dem til nasjonalistiske formål. Psykoanalytikerne plasserer dem i det ubevisstes sentrum, som om de skulle være uforanderlige monolitter” (Yalom 1999:249). Hvem som krever eierskap over brystene er et tema som går igjen når kvinnebrystets historie diskuteres. Ifølge Yalom har menn og ulike institusjoner gjennom tidene forsøkt å ta makten over kvinners bryst, og bryst har blitt brukt i både religionens, politikkens og økonomiens navn for egen vinnings hensikt.¹² Kvinners egne erfaringer og fortellinger om bryst har det vært få av gjennom historien (Yalom 1999:87). Brownmiller hevder at andre gjør krav på brystene, selv om de sitter på kvinnens kropp: “Ingen annen del av menneskekroppen har en sådan halv allmenn, halv ytterst privat status, og ingen annen kroppsdel har så vagt definerte beskyttelsesrettigheter” (Brownmiller 1986:42).¹³

Ifølge Brownmiller må man få grep om korsettet for å kunne diskutere kvinnekroppen i Vesten på en meningsfull måte. Korsettet har spilt en hovedrolle i kroppens historie, og gjennom denne innretningen, som ofte var smertefull og helseskadelig, kunne kvinnens kropp formes etter et romantisk ideal. Tilsvarende fantes eller finnes ikke for menn, og de har ikke på samme måte vært nødt til å manipulere kroppen for å gjøre seg mer attraktive for kvinner, hevder hun. Brownmillers poeng er at kvinners bryst gjennom historien har blitt presset og løftet inn i former som er definert av menn, og da korsettet gikk av moten, overtok bh'en (Brownmiller 1986:35-36). Nyere forskning viser imidlertid at også menn må trene, bygge og forme kroppen for å fremstå som vellykket (Lilleaas 2004b, Lien 2004)

I boken *The Beauty Myth* argumenterer Naomi Wolf for at bildene og forestillingene vi har om kvinners bryst i dag gir et feilaktig og forvrengt bilde av virkeligheten (Wolf 1990:205). Selv om vi ser andre kvinners bryst på stranda og i svømmehallen, er det brystene som presenteres gjennom film, reklame og ukeblader som sammenfaller med det som anses som ideelle bryst. Wolf hevder at kvinner i alle aldre har et bilde av at brystene skal være store, faste og runde, og mange skammer seg over bryst som bryter med idealet. Det kan være vanskelig å ha et godt forhold til sin egen kropp og bryst dersom de ikke svarer til kroppsidealet som gjelder i den kulturen man lever i (Yalom 1999:12). Wolf viser blant annet

¹² Yalom beskriver hvordan blant annet kirke og stat har benyttet brystet i kampen for egen innflytelse.

¹³ Min oversettelse.

til økningen i antall brystforstørrende operasjoner, og hevder at denne utviklingen er skapt av en kultur som sensurerer bort bryst som ikke er konforme med standardmålene (Wolf 1990:206). At bryst kommer i mange former og varianter får vi sjelden se: "Culture screens breasts with impeccable thoroughness, almost never representing those that are soft, or asymmetrical, or mature, or that have gone through the changes of pregnancy" (Wolf 1990:205).

Flere forfattere peker på at de herskende kroppsidealene gir kvinner liten anledning til å verdsette sin kropp og dens måte å fungere på (Wolf 1986, Brownmiller 2001, Yalom 1999). Ifølge Yalom har forsøkene på å trimme, forme og manipulere kroppen blitt risset så dypt inn i de sosiale aktørers bevissthet, at det i dag er vanskelig å snakke om den naturlige kroppen (Yalom 1999:149). Kroppens naturlige forandringer skal enten skjules eller overvinnes. Det er ikke lenger lett å avgjøre hva som er naturlig og hva som ikke er det, når evig ungdom og skjønnhet anses som målet man skal strebe etter.

Stigma

Det bildet en person har av sin egen kropp virker inn på hvordan kroppen erfares i hverdagen. Kroppsbildet påvirker selvfølelsen, sosiale relasjoner og graden av trygghet i ulike sosiale situasjoner. "Our body-image is shaped not just by what we perceive our body to look like, but what we see and how we interpret our vision of our body is mediated by our social and cultural context" (Nettleton & Watson 1998:17). Av kvinnene jeg har intervjuet er det flere som forteller hvordan operasjonen fikk konsekvenser for deres evne til å vise frem kroppen i ulike sammenhenger. Det er følelsesmessig og sårt å leve med en kropp som oppleves som avvikende, og som bryter med idealene. I vårt samfunn er det ikke vanlig å vise kroppslige defekter. Det bryter med skikk og bruk, og kan medføre sanksjoner fra omgivelsene, for eksempel ved at man blir stirret på (Hammer 1998:55).

I boken *Stigma* argumenterer sosiologen og antropologen Erving Goffman for at mennesker vurderer og bedømmer en fremmeds karaktertrekk ut fra dens ytre fremtoning (Goffman 1975:14). Begrepet stigma viser til et fenomen der en person bærer et avvikende tegn. Tegnet kan være fysisk, psykologisk eller sosialt, og gjør at personen bryter med de gjeldende normene for ytre fremtoning eller atferd. Stigma kan beskrives som en spesiell relasjon mellom en egenskap og en stereotyp klassifisering av mennesket (Goffman 1975:16). En

person som bærer et slikt avvikende tegn kan føle forlegenhet, men også mennesker denne personen møter, kan bli forlegne. Den sosiale kontrollen vil da styre hva man kan tillate seg å gjøre og hva man ikke kan gjøre.

Min forståelse av kroppen

Perspektivene på kropp, kjønn og identitet jeg har presentert overfor innebærer en kritikk av den naturvitenskapelige tenkemåten. Kroppsforståelsen som legges til grunn i denne oppgaven skiller seg fra perspektiver som kun vektlegger de biologiske prosessene. Det er ofte slik kroppen har blitt behandlet på det medisinske området. Kritikerne hevder at perspektivet er begrensende, og ønsker å åpne for andre innfallsvinkler til kroppen. Teoretikerne jeg har valgt å bruke, plasserer kroppen i grenselandet mellom det gitte og det konstruerte, kroppen er både natur og kultur. Ifølge Lilleaas er det viktig at man ser hele mennesket, både biologiske og sosiale prosesser må inkluderes for å få en helhetlig forståelse av kroppen (Lilleaas 2003). Dette perspektivet kan være et fruktbart bidrag til å forstå brystkreftframmedes situasjon. Et av siktemålene er nettopp å se kvinnes kroppslige erfaringer i samspill med den sosialt konstruerte kroppen.¹⁴

Jeg ønsker å vise hvordan sosiologiske perspektiver kan bidra til å nyansere og utfylle medisinske forståelser av brystkreft. Å se brystkreft fra en annen synsvinkel enn den medisinske og sykepleierfaglige, kan være nyttig. En måte å gjøre dette på er å utvide perspektivet slik at brystkreft kan studeres i en sosial og kulturell kontekst. Sosiologiens metoder kan hjelpe oss til å få tak i kvinnes egne opplevelser og erfaringer, og slik kan man få grep om aspekter som ikke har vært godt nok belyst tidligere.

¹⁴ Widding Isaksen argumenterer for at individuelle kroppslige opplevelser skal inkluderes i analyser som gjelder kroppen, men hun påpeker også at det er viktig å ha skillet mellom individuelle erfaringer og sosiale konstruksjoner av kroppen klart for oss. Hun krediterer det fenomenologiske perspektivet for å ivareta begge deler (Widding Isaksen 1996:62-63).

Kapittel 3. Metode og etikk

Hvilken metode man skal velge avhenger av problemstillingen og hva slags kunnskap man ønsker å fremskaffe (Widerberg 2001:57). Hensikten med denne studien er å få en generell innsikt i hvordan et utvalg brystkreftopererte kvinner håndterer sin situasjon. For å få kunnskap om kvinnes opplevelser og erfaringer har jeg valgt en kvalitativ metodisk tilnærming. En slik tilnærming kan være fruktbar da det i oppgaven fokuseres på forhold knyttet til kroppen. Kvalitative metoder kan åpne for et mer helhetlig perspektiv på kroppen, og man kan gripe prosesser som vanligvis holdes skjult (Lilleaas 2003).

Jeg vil i det følgende begrunne valget av metode og redegjøre for hvordan informantene ble rekruttert. Videre vil jeg gå inn på de kravene jeg hadde til utvalget i forkant av rekrutteringsprosessen og hvordan det endelige utvalget ble. Deretter vil jeg belyse forhold ved intervjusituasjonen og mine erfaringer med forsker-informant-relasjonen. Etske betraktninger og avveininger hører med i alle trinn i forskningsprosessen, og jeg vil drøfte de etiske dilemmaene jeg stod overfor fortløpende.

Det kvalitative forskningsintervjuet

I følge Fog er hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet å trenge dypere inn i personenes livsverden enn hva det er mulig å gjøre med et spørreskjema. ”Intervieweren ønsker en omfattende og dybdgående viden om, hvad ting, sager og mennesker betyder for personen” (Fog 2001:64). Sett i lys av oppgavens tema er kvinnes forhold til kroppen, både før og etter operasjonen, et sentralt aspekt, noe som åpner for detaljerte beskrivelser og historier. Intervjuet er derfor en egnet metode. Intervjuet gir mulighet til å spørre om konkrete hendelser i informantenes hverdagsliv, og på denne måten kunne jeg få kunnskap om hvordan kvinnene opplevde og mestret sin situasjon. Thagaard skriver om det kvalitative intervjuet: ”Denne metoden gir et særlig godt grunnlag for innsikt i informantens erfaringer, tanker og følelser” (Thagaard 1998:79). Erfaringene kvinnene har kan være svært forskjellige, brystkreftopererte kvinner utgjør ikke en homogen gruppe. Intervjuet åpner for detaljerte spørsmål slik at jeg kunne få øye på kompleksiteten og mangfoldet ved fenomenet. Å kunne gå i dybden er en av fordelene med kvalitativ metode, og på denne måten kan ulike mønstre i hvordan kvinnene mestrer sin situasjon belyses (Thagaard 1998).

En annen vesentlig grunn til å gjøre kvalitative intervjuer er at opplevelsesaspektet ved brystkreft er lite utforsket i Norge. Undersøkelsene jeg har hatt tilgang på, er i all hovedsak kvantitative. Det er derfor et reelt behov for å supplere den eksisterende forskningen med mer kvalitativt orienterte studier.

Materiale og utvalg

Det empiriske materialet i denne studien består av elleve intervjuer med kvinner i alderen 30-58 år. Alle har hatt brystkreft. Ti av kvinnene er tilknyttet Foreningen for brystkreftopererte (FFB) eller Kontaktgruppen for unge brystkreftopererte, som er en egen gruppe innen FFB for de mellom 25 og 40 år. En informant ble rekruttert ved hjelp av eget nettverk. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

FFB

FFB er en pasientforening tilsluttet Den Norske Kreftforening. Foreningen har flere formål, deriblant å ivareta de brystkreftoperertes interesser overfor helsemyndigheter og proteseforhandlere. De skal støtte kvinnen og hennes familie, og de skal drive opplysende og veiledende virksomhet. FFB har flere tilbud til sine medlemmer, blant annet besøkstjeneste, selvhjelpsgrupper og medlemsmøter. Foreningen har i dag ca. 10 500 medlemmer (Kreftforeningen 2005).¹⁵

Det faktum at ti av de elleve kvinnene er tilknyttet FFB og Kontaktgruppen for unge brystkreftopererte, gjør utvalget mitt skjevt. Det er ikke alle som er aktive møtedeltagere, og de har forskjellige motiver for medlemskap. De fleste benyttet foreningen aktivt da de var nyopererte. En del er besøkere, andre har verv i lokalforeninger og noen benytter foreningen for å holde seg oppdatert i brystkreftrelaterte saker.¹⁶ Gjennom møter, seminarer og landssamlinger har de møtt andre i samme situasjon, og mitt inntrykk er at de her har snakket mye om kreften. Det er altså en gruppe kvinner som er åpne om sin situasjon. Alle, med unntak av en kvinne, var åpne om sykdommen i forhold til sine omgivelser. Til tross for at de har ulike motiver for medlemskap og nivået av deltagelse varierer, har de en ting felles: at medlemskap oppfattes som nyttig.

¹⁵ Det er ca. 25 000 brystkreftopererte kvinner i Norge (NBCG 2005).

¹⁶ FFB tilbyr kvinner som ligger på sykehus etter en brystkreftoperasjon besøk av representanter fra FFB. Besøkerne er selv brystkreftopererte.

Krav til utvalget

I kvalitative undersøkelser benyttes strategiske utvalg, noe som innebærer at informantene velges ut på en måte som er hensiktsmessig i forhold til oppgavens tema og fokus (Thagaard 1998:51). Hvordan kvinnene reflekterer rundt det å fjerne eller beholde brystet og hvordan de forholder seg til kroppen etter operasjonen, er sentrale problemområder i oppgaven, og jeg ønsket derfor å intervju både kvinner som har fjernet og beholdt brystet. Dette fordi jeg ville finne ut av om det var forskjeller og likheter i hvordan de to gruppene oppfatter og håndterer sin situasjon. Tidligere forskning peker i retning av at det eksisterer små forskjeller i livskvalitet mellom de to gruppene, men at de som har beholdt brystet har et bedre kroppsbilde enn de som har fjernet brystet (Petersen m.fl. 1997, Kiebert, de Haes, van de Velde 1994).

Videre var det fra min side ønskelig at det skulle ha gått minimum et år siden operasjonen, slik at kvinnene til en viss grad hadde fått tid til å venne seg til livet etter kreften. Jeg antok at jo kortere tid det hadde gått siden operasjonen, jo større ville fokuset på selve kreftsykdommen være. Det er de sosiale og kulturelle aspektene som er sentrale for oppgaven, ikke selve kreftsykdommen. Derfor var et av kriteriene at informantene skulle være friske i dag. Ettersom oppgaven fokuserer på hvordan kvinnene forholder seg til kropp og utseende, søkte jeg informanter i aldersgruppen 30-50 år, en aldersgruppe der disse tingene kan antas å ha betydning.¹⁷

Tilgjengelighet til feltet

Jeg vurderte ulike muligheter for å komme i kontakt med informanter, og valget falt på Foreningen for brystkreftopererte (FFB). Dette var først og fremst en praktisk løsning. FFB kan skaffe adgang til et felt som i utgangspunktet kan være vanskelig tilgjengelig. Det hadde antagelig vært tidkrevende og vanskelig å komme i kontakt med brystkreftopererte på egen hånd. Å gå gjennom FFB var en tilnærming som også ble anbefalt av bekjente jeg snakket med, blant andre leger. De påpekte at foreningen er opptatt av forskning og kunne være interessert i mitt prosjekt. Jeg så en mulighet til å få tilbakemelding om studien var interessant og gjennomførbar av en aktør som kjenner feltet godt. FFB er en respektert og anerkjent forening, og det å ha støtte derfra ville være en fordel. I tillegg var det en trygghet for meg å gå gjennom en forening som kjenner kvinnene godt. Intervjuet kan sette i gang reaksjoner hos

¹⁷ Undersøkelser viser at kroppssentreringen virker sterkest på ungdom, men også eldre aldersgrupper påvirkes. Det er viktig å holde seg ung lenger, kroppens aldringstegn skal bremses og skjules (Yalom 1998).

informanten, og man må i forkant tenke grundig gjennom hvilke konsekvenser det kan ha for informanten å delta (Thagaard 1998). Brystkreftopererte kvinner kan befinne seg i en sårbar situasjon og det å bli forsket på kan innebære en ekstra belastning. Dersom noen av kvinnene skulle få problemer i etterkant av intervjuet, vet jeg at de har gode kontakter i FFB.

Daglig leder i FFB stilte seg positiv til prosjektet, og var villig til å formidle kontakt med informanter. Hun fungerte dermed som en døråpner for meg. Vi ble enige om at hun skulle ringe sine kontakter, kort presentere prosjektet, og spørre om det var greit at jeg tok kontakt. Noen av informantene ble ikke kontaktet på forhånd, men de har stilt seg disponible for brystkreftrelaterte saker. Daglig leder mente derfor at jeg kunne ringe dem og si at jeg hadde fått navn og telefonnummer av henne. I ett tilfelle var det en av informantene, på forespørsel av daglig leder, som satte meg i kontakt med tre nye informanter. Jeg hadde på forhånd informert om hvilke krav jeg hadde til utvalget, og opplevde at dette ble ivaretatt på en god måte.

I de fleste tilfellene skulle informasjon og formidling av kontakt skje gjennom daglig leder, kun et fåtall av informantene ble kontaktet av meg direkte. Det var ønskelig fra min side at kontakten skjedde gjennom en tredjeperson. Jeg tenkte at det ville være lettere for kvinnene å ta stilling til deltagelse dersom de først ble kontaktet av daglig leder. Ved å gjøre det på denne måten ville de få litt tid til å vurdere om de ville delta eller ikke. Jeg var opptatt av å ikke presse meg på.

Rekrutteringsprosessen

Kontakten med informantene skjedde per telefon. Jeg presenterte meg selv og prosjektet, og sendte i tillegg et informasjonsskriv/samtykkeerklæring som inneholdt mer utfyllende opplysninger. Til sammen tok jeg kontakt med 13 kvinner. De aller fleste sa ja til å bli intervjuet. Noen samtykket umiddelbart, mens andre var i tvil og ville se informasjonsskrivet før de bestemte seg. At daglig leder selv formidlet kontakt med kvinnene kan ha vært medvirkende til at så mange var villige til å stille opp. På en annen side kan det være en fare for at de følte seg forpliktet til å delta. Derfor understreket jeg at deltagelse var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst uten å måtte begrunne det. Daglig leders store kontaktnett sparte meg for mye tid. En ulempe er om kontaktene brukes mye i ulike sammenhenger. Det kan føre til ”slitasje” på informantene. Denne problemstillingen var daglig leder opptatt av, og

hun uttrykte bekymring over ”å bruke opp” kontaktene sine. Mitt inntrykk er at ingen av kvinnene følte det slik. Noen nevnte riktignok at de hadde stilt opp i en del sammenhenger, men at det var en viktig sak som de gjerne stilte opp for.

Av de jeg kontaktet var det en som ønsket tid til å tenke over om hun ville delta. Etter en stund ga hun beskjed om at hun ikke orket å bli intervjuet. En annen ga ingen tilbakemelding. Jeg lot derfor være å kontakte henne igjen, da jeg tenkte at det var vanskelig for henne og at hun antagelig ville avstå fra å delta. Åtte hadde sagt ja til å bli intervjuet. Intervjuene ble gjort etter hvert som jeg kom i kontakt med dem. Jeg hadde i tillegg gjort et prøveintervju. Denne kvinnen ble rekruttert gjennom eget nettverk. Jeg manglet altså to informanter.¹⁸ Jeg henvendte meg igjen til daglig leder i FFB. Hun ba meg ta kontakt med en tillitsvalgt i en av FFBs lokalforeninger, som kunne kjenne flere aktuelle informanter enn hun selv gjorde. Tillitsvalgte og jeg ble enige om at hun skulle informere om mitt prosjekt på neste medlemsmøte og spørre om noen ville delta.

Denne tilnærmingen til feltet viste seg å ikke være særlig fruktbar. Jeg ventet en måneds tid, men det var ingen som meldte seg. Kvinnene fortalte tillitsvalgte at de ikke ønsket å rippe opp i sykdommen igjen. Avslagene kan ha noe med presentasjonen å gjøre. Jeg burde ha stilt opp personlig på møtet. Hvis jeg fikk presentere meg og prosjektet mitt på en ordentlig måte hadde noen kanskje stilt opp. Tiden begynte å bli knapp, og jeg tok igjen kontakt med daglig leder i FFB som klarte å sette meg i kontakt med to kvinner til.

Etikk i rekrutteringsprosessen

Det var flere av kvinnene som tilbød seg å hjelpe meg med å skaffe nye informanter. I ett tilfelle var det en informant som ga meg navn og telefonnummer til en hun kjente som jeg kunne intervju. Jeg hadde på forhånd sagt at det var viktig at de jeg intervjuet var friske i dag. Det viste seg imidlertid at denne kvinnen hadde fått påvist spredning av kreften og dermed ikke oppfylte kravet mitt om å være frisk. Informanten min hadde allerede ringt kvinnen og spurt om det var greit at jeg tok kontakt, noe hun samtykket til. Jeg stod dermed overfor et dilemma: skulle jeg intervju henne uten at jeg kunne benytte materialet eller skulle jeg ringe og si at hun ikke kunne bli med? I og med at det ikke hadde vært kontakt mellom

¹⁸ Ettersom jeg skulle intervju to grupper, både de som har fjernet og beholdt brystet, var det ønskelig å gjøre rundt ti intervjuer, fem av hver gruppe.

meg og kvinnen, valgte jeg å ikke ringe i det hele tatt. I ettertid har jeg tenkt mye over dette. Jeg burde antagelig ha ringt og informert henne. Jeg valgte letteste utvei – for meg. Å miste kontroll over utvelgingsprosessen er alltid en fare når rekrutteringen foretas av andre.

Det endelige utvalget

Det endelige utvalget består av elleve kvinner i alderen 30 til 58 år. Flertallet av kvinnene er i 30-årene. De var mellom 25 og 55 år da de fikk diagnosen, og det er fra to til tretten år siden de ble operert. Seks kvinner har fjernet brystet og fem har fått brystbevarende behandling.¹⁹ Flere av informantene har også fjernet lymfeknuter i armhulen. Tre har hatt tilbakefall av brystkreften, men alle er erklært friske i dag.

Fem av de seks kvinnene som har fjernet brystet skal rekonstruere, er i ferd med å rekonstruere, eller har rekonstruert brystet.²⁰ En kvinne er i gang med å rekonstruere med silikonimplantat. De andre har bygget, eller skal bygge opp brystet med kroppens eget vev. Det er store variasjoner i forhold til hvor lang tid det har gått før kvinnene valgte å rekonstruere brystet, fra to til elleve år. Av kvinnene som har fått brystbevarende behandling er det en som har benyttet plastikkirurgi for å få arret penere.

Syv av informantene bor i Oslo-området, og ble operert på sykehus i Oslo og omegn. Fire bor i andre deler av landet. Tre av disse ble operert på sykehus i sin landsdel, mens den fjerde ble operert i Oslo.

Når det gjelder sivil status er åtte av informantene gift, to samboere og en skilt. For ti av informantene var den sivile statusen den samme ved intervju tidspunktet som den var ved diagnosetidspunktet. En var singel da hun fikk diagnosen. Hun er i dag gift. Åtte av kvinnene har barn, fra ett til tre stykker. To har barnebarn.

Seks kvinner har høyere utdanning, det vil si høyskole eller universitetsutdanning. Fire har fag/yrkesutdanning. Jeg mangler data for en av informantene. Jeg har altså fanget opp en gruppe kvinner som er relativt høyt utdannet. Hvilken betydning kvinnes utdanning kan ha for mitt materiale vil jeg komme tilbake til i analysen. Alle informantene har vært eller er i

¹⁹ Brystbevarende behandling innebærer at svulsten fjernes og kvinnen får beholde brystet.

²⁰ Rekonstruksjon innebærer at brystet bygges opp igjen.

lønnet arbeid utenfor hjemmet. Lengden på dette arbeidsforholdet og stillingsprosenten varierer. Ved intervjuetidspunktet var ti av informantene i arbeid, en har vært borte i to år i forbindelse med barnefødsler. Som følge av sykdommen er yrkestilknytningen endret for flere av informantene.²¹ Noen har skiftet jobb i etterkant av sykdommen, mens andre er tilbake i samme stilling. Enkelte har valgt å jobbe redusert, i ulike stillingsprosenter. For en del av kvinnene er den endrede yrkestilknytningen en følge av at de har fått barn.

Hvem er det som stiller opp?

Materialet består av et selvselektert utvalg av kvinner som har hatt brystkreft. I utgangspunktet hadde jeg en forestilling om at det er kvinner med et gjennomarbeidet og reflektert forhold til det de har gjennomgått som stiller opp. Jeg hadde også tanker om at det er de ressurssterke, de engasjerte og aktive som deltar, men det ble etter hvert tydelig at mine tanker om hvem som stiller opp måtte nyanseres. Det finnes alltid mange ulike årsaker til at personer sier ja til å bli intervjuet. Riktignok oppfatter jeg kvinnene i studien som ressurssterke, men deres motivasjoner for å delta er forskjellige.

Felles for informantene er at brystkreft er et tema som engasjerer fordi de selv er rammet. Samtlige ga uttrykk for at de satte pris på at noen ville skrive om brystkreft. En del nevnte at de selv kunne få utbytte av å delta, og alle ønsket tilbakeføring av studiens resultater. Flere av kvinnene syntes tilnærmingen var interessant, og pekte på at det kunne være relevant i forhold til egen situasjon. Det gjaldt særlig de yngste kvinnene. De syntes det var spennende at jeg skulle se på to grupper, de som har fjernet brystet og de som har beholdt brystet.

Det var nok noen som så intervjuet som en anledning til å snakke om temaer som var viktige for dem. En informant fortalte at hun stilte opp fordi hun er frustrert over den negative vinklingen brystkreft får i media. Hun mener at mediene svartmaler situasjonen, og er provosert over fremstillingen om at velutdannede kvinner som venter med å få barn rammes. Hun er opptatt av å vise at det går bra med mange, og det gjenspeiles i intervjuet. Andre var opptatt av behandlingstilbudet, en av informantene uttrykte frustrasjon over at mange kvinner fjerner brystet unødvendig. En sentralisering av behandlingstilbudet kan gi brystkreftrammede likt tilbud uansett hvor i landet de bor. Dette var det flere som brant for. Andre igjen følte seg

²¹ For enkelte har kreftsykdommen ført til begrensninger i jobbsammenheng. De må være forsiktige med armen, og kan ikke jobbe med det de helst ønsker.

dårlig behandlet i helsevesenet, og hadde behov for at noen lyttet til deres historie. Selv om noen av kvinnene hadde spesielle saker de var opptatt av, gikk det ikke på bekostning av min tilnærming. Tvert om opplevde jeg at informantene og jeg hadde en gjensidig interesse i temaet.

For flere av kvinnene har FFB vært en viktig støttespiller, og det er ikke til å legge skjul på at mange kan ha følt seg forpliktet til å delta. Det kan være vanskelig å si nei til deltagelse når det gjelder et tema man er personlig berørt av og man blir spurt om å stille opp. Jeg opplevde imidlertid at kvinnene var positive til prosjektet og ønsket å bidra.

Hvem er det som ikke vil delta?

Kvinnene i denne studien har sagt ja til å bli intervjuet om personlige og sensitive temaer. De har valgt å være åpne om sin situasjon, men gjennom mine samtaler med kvinnene fikk jeg vite at mange brystkreftopererte ikke vil snakke om det de har vært gjennom. Det erfarte jeg selv da jeg forsøkte å rekruttere informanter i lokalforeningen. Ingen av dem ønsket ”å rippe opp i det igjen”. En informant sier:

Akkurat i forhold til brystkreft så tror jeg vi er litt heldigere ved at vi har hatt noen kjente personer som har stått fram. Men forresten... det er ikke helt riktig, for vi er ikke så mange i Foreningen for brystkreftopererte. Og de som ikke er med, veldig mange av dem vil overhodet ikke snakke om det. De har et helt annet forhold til det. Om det er ordet kreft eller det at de har fjernet et bryst, det aner jeg ikke. (...) Og sånn generelt så tror jeg vel at veldig mange har litt problemer med å si ordet kreft. Jeg har det ikke (Linda).

For noen er åpenhet rundt sykdommen en selvfølge, mens det for andre er uaktuelt å dele sine tanker, følelser og erfaringer. Dette har også med personlighet å gjøre, det varierer hvor åpne vi er som personer. For mange kan det være vanskelig å gi følsomme opplysninger til en utenforstående. I tillegg er dette et studentprosjekt, noe som kan føre til usikkerhet om nytteverdien av å delta.

Intervjuguiden

Intervjuguiden var delt inn etter temaer. Hvilke temaer og spørsmål guiden inneholdt ble utformet av mine egne erfaringer, teori jeg hadde lest og min interesse for fenomenet. Dette utgjorde min forforståelse (Fog 2001:166). Introduksjonen til hvert tema var formulert på forhånd, mens innholdet i hvert tema var mer stikkordbasert. Jeg var spesielt avhengig av

intervjuguiden ved de første intervjuene på grunn av min egen nervøsitet og usikkerhet. I løpet av disse intervjuene erfarte jeg hva som fungerte og hva som ikke fungerte, og dette resulterte i en del endringer i guiden.

Guiden ble bygget opp med mindre sensitive temaer i begynnelsen og mot slutten. På denne måten kunne informanten snakke om generelle og ufarlige temaer før vi gikk inn på mer personlige forhold. Noen begynte tidlig å snakke om det som var vanskelig, for eksempel angst og sorg. I et av intervjuene opplevde jeg at jeg mistet litt kontroll over situasjonen. Jeg prøvde å introdusere temaene i den rekkefølgen jeg hadde satt opp i intervjuguiden. Informanten ignorerte dette, og snakket om det hun ville. Jeg ble stresset og frustrert, men fikk meg ikke til å avbryte. I ettertid ser jeg at det var et bra intervju, alle temaene ble dekket, bare ikke i den rekkefølgen jeg hadde i guiden. Det fikk meg til å føle meg friere og tryggere, og ved de etterfølgende intervjuene kunne jeg i større grad ignorere guiden og la kvinnene snakke i den rekkefølgen som passet dem best.

Gjennomføring av intervjuene

Den første kontakten

Det var vanskelig å opprette den første kontakten med informantene. Det var noe jeg kunne utsette gang på gang fordi jeg ikke ønsket å forstyrre eller presse meg på. Jeg var spesielt bekymret for at kvinnene som ikke hadde blitt kontaktet av daglig leder i FFB på forhånd, skulle bli opprørte over at jeg hadde fått deres navn og telefonnummer. Jeg bestemte meg imidlertid for å stole på daglig leders vurderinger, hun ville ikke gi meg navn og telefonnummer hvis hun trodde det ville støte kvinnene. Min bekymring viste seg å være ubegrunnet. Alle var imøtekommande og hyggelige, og da den første kontakten var opprettet var det som om isen var brutt. Da jeg hadde fått presentert meg, og de visste hvem jeg var og hva jeg ville, klarte jeg å slappe av.

De første intervjuene ble gjennomført på et hotell i forbindelse med at noen av kvinnene deltok på et møte. De hadde et strengt tidsskjema, og intervjuene ble gjort når de hadde en times tid ledig. I ettertid ser jeg at intervjuene bærer preg av at jeg var redd for å ta for mye av deres tid. Jeg lot være å stille oppfølgende og utdypende spørsmål. Det kan også ha sammenheng med at det var de første intervjuene, og intervjusituasjonen som sådan var ny og ukjent for meg. I de andre tilfellene valgte kvinnene selv hvor samtalene skulle foregå,

hjemme hos informanten eller på arbeidsplassen, i eller etter arbeidstid. Intervjuene på arbeidsplassen fungerte bra. Det var et nøytralt sted, og alle hadde eget kontor slik at vi fikk prate uforstyrret. Intervjuene hjemme hos informantene var preget av en behagelig og uformell stemning, og jeg følte meg som en velkommen gjest.

Selve intervjuet ble innledet med en kort presentasjon av meg selv og prosjektet. Flere lurte på hvorfor en sosiologistudent ville skrive om brystkreft og jeg fikk også spørsmål vedrørende det metodiske opplegget, så presentasjonen tok ofte litt tid. Deretter gikk jeg gjennom de ulike temaene i intervjuguiden, slik at informantene kunne forbrede seg på hva jeg kom til å spørre om. Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av båndopptaker. Enkelte ganger kom informantene med interessant informasjon etter at båndopptakeren var slått av. Det kan være at noen opplevde båndopptakeren som forstyrrende og at den hadde en begrensende effekt i forhold til hva de fortalte da den var på. Da noterte jeg i stedet. Intervjuene varte fra 50 minutter til to timer, de fleste i overkant av en times tid, og ble skrevet ut fortløpende. Ved å gjøre det på denne måten fikk jeg tid til å vurdere hvordan intervjuet hadde gått. Jeg ble klar over feil jeg gjorde som intervjuer og fikk mulighet til å rette dette opp før neste intervju. Ofte var det slik at informantene ga meg nye ledetråder og ideer som jeg ikke hadde tenkt på før. Ved de første intervjuene var jeg spent og nervøs, og jeg fokuserte mye på min egen person og at jeg skulle lykkes som intervjuer. Det kan ha ført til at jeg gikk glipp av spennende informasjon (Widerberg 2001). Etter hvert ble jeg tryggere og mestret situasjonen bedre, og det virket nok også inn på informantene. De fortalte mer spontant og gikk dypere inn i beskrivelser og detaljer. De siste intervjuene fikk dermed mer samtalepreg enn de første.

Nærhet og distanse

Brystkreftopererte kvinner kan befinne seg i en vanskelig og sårbar situasjon. Derfor er det viktig at forskeren går frem på en forsvarlig måte, og vurderer den rollen man går inn i kritisk (Thagaard 1998). Fog skriver i sin metodebok: "Et basalt krav til interviewer er således, at hun skal lære at være deltager, med alt hvad dette indebærer af passende involvering" (Fog 2001:36). Jeg hadde reflektert en del over forholdet mellom nærhet og distanse i forkant av intervjuet, og prøvde å følge en middelvei: å sette meg inn i informantens situasjon og vise forståelse, uten å bli for involvert eller følelsesladet. Det er liten tvil om at mange av historiene gjorde sterkt inntrykk på meg. Flere av kvinnene var på min alder da de ble rammet av brystkreft, det gjorde at det ikke ble så fremmed for meg. På en annen side prøvde jeg å

innta en litt nøytral holdning, jeg måtte ikke glemme min rolle som forsker. I følge Fog må forskeren både ta hensyn til informanten som person og materialets kvalitet (Fog 2001:78). Min erfaring er at denne balansegangen fungerte.

Å lytte

Relasjonen mellom informanten og meg var i de fleste tilfeller god. Det var ofte en behagelig og uformell stemning. Andre ganger var situasjonen litt kunstig og spent, men som oftest løste stemningen seg opp etter hvert. Dette har også med personkjemi å gjøre (Widerberg 2001). Jeg gjorde det klart for kvinnene at brystkreft var noe jeg kunne lite om, og at jeg var interessert i å få mer kunnskap ved at de fortalte om sine opplevelser og erfaringer. Det er de som er ekspertene på brystkreft, de har erfart det på kroppen. Å lytte var av sentral betydning for meg. Jeg viste både med kroppsspråk og ord at jeg lyttet og forstod hva de sa. Intervjuers evne til å lytte er en vesentlig faktor i et slikt fortrolig intervju for å kunne oppnå tillit og inngi trygghet (Fog 2001:42).

Noen av kvinnene var mer vant til å snakke om sine opplevelser i forbindelse med brystkreften enn andre, og jeg opplevde dem som fortrolige og tillitsfulle i sine beretninger. Det var tydelig at de hadde reflektert mye over sin situasjon. Andre hadde vansker for å sette ord på sine erfaringer, og det ble mindre flyt i samtalen. Det kan være at de ikke har et så gjennomarbeidet forhold til det de har vært gjennom, men det kan også ha med personlighet å gjøre. Noen personer er veldig åpne og kan snakke om personlige temaer, mens det for andre kan være problematisk. Enkelte fortalte at det var vanskelig å fremkalle alt igjen, siden det hadde gått mange år siden sykdommen.

Det kunne være stor forskjell på begynnelsen og slutten av et intervju. I enkelte tilfeller fikk jeg inntrykk av at det informanten fortalte først var den "ferdigtenkte" og uproblematisk versjonen. En kvinne forteller i begynnelsen av samtalen at det ikke gjorde henne noe å fjerne brystet: "Nei da, det var helt greit det". Senere kommer det fram at det ikke var så enkelt, hun tok tapet av brystet tungt. Beskrivelsene kvinnen gir i begynnelsen av samtalen avviker fra det hun forteller mot slutten. Det kan ha sammenheng med at informanten fikk tenkt seg om i løpet av intervjuet slik at stadig flere aspekter kom fram. En annen forklaring kan være at informanten følte seg tryggere i løpet av samtalen og ble mer fortrolig.

Ansvar og grenser

Et sentralt aspekt ved intervjusituasjonen er å ikke presse seg på. Man må foreta en avveining mellom det å krenke intervjupersonenes grenser på den ene siden, og redselen for å krenke personenes grenser (Fog 2001). Jeg fikk ikke inntrykk av at noen oppfattet spørsmålene mine som invaderende, men enkelte ganger ble det tydelig på kroppsspråket at temaet var sårbart. Noen hadde blikket helt andre steder enn på meg da de fortalte om hvordan det var å miste brystet. Det kvalitative forskningsintervjuet har en forførende karakter, ifølge Fog, og kan føre til en åpenhet fra informantens side som hun kan angre på senere (Fog 2001:53). Det er derfor viktig å vise varsomhet i tilnærmingen til fortrolige og sensitive temaer, slik at informanten ikke føler seg utnyttet eller utlevert i ettertid. Jeg unnlot å gå i dybden på temaer som tydelig var såre for informanten. Det kan for eksempel være vanskelig å snakke om seksualitet og intimitet, og jeg valgte å ikke gå særlig inn på dette. Seksualitet er et relevant tema i forhold til brystkreft, men utgjør et omfattende felt som jeg ikke kunne gå inn på innenfor rammene av denne oppgaven.

Forskerposisjon

Det kvalitative intervjuet er en ensidig fortrolig samtale og ikke en gjensidig fortrolig samtale som den egentlige samtalen er (Fog 2001:21). Ofte er det slik at kontakten med informantene avbrytes umiddelbart etter at forskeren har fått det hun er ute etter, og man kan sitte igjen med en følelse av at man ikke bidrar med noe tilbake (Lilleaas 2004a). Informantene i denne studien ønsket tilbakeføring av resultatene, og det fikk konsekvenser for den posisjonen jeg hadde som forsker. Det var ikke slik at jeg bare skulle samle inn data og så trekke meg tilbake. At informantene skulle få tilgang til oppgaven min gjorde at jeg ble ansvarliggjort i større grad (Lilleaas 2004a:61). Det var noe jeg reflekterte mye over, og jeg opplevde det som et stort ansvar. Sannsynligvis førte det til at jeg ble mer bevisst over valgene jeg gjorde og mer kritisk til egne tolkninger. Det var også en kilde til bekymring og usikkerhet. Kommer informantene til å kjenne seg igjen i mine tolkninger? Vil de føle seg tilstrekkelig representert?

Insider/outsider

Kjønn, alder og sosial klasse er blant de kjennetegn som vil prege den rollen man blir tildelt som forsker (Album 1996:244). At forsker og informant har samme kjønn kan føre til at relasjonen etableres raskere, og det kan gi grunnlag for felles forståelse (Widerberg 2001,

Thagaard 1998). Det at jeg er kvinne og intervjuer kvinner om et fenomen som rammer kvinner, har betydning. En av informantene sier:

Du er jo født med to bryst! Og før jeg visste hvordan jeg skulle opereres, så tenkte jeg at det å fjerne brystet er en amputasjon! Det er en fjerning av noe du er født med. En kvinne har jo to bryst, det har jo menn også, men hos oss betyr de kanskje noe annet (Karin).

Informanten refererer her til et kvinnelig fellesskap: at brystene har en spesiell betydning for oss kvinner. For en mannlig intervjuer kan det være vanskelig å identifisere seg med det kvinnene forteller om følelser rundt brystet. Det er med andre ord en del kroppserfaringer som jeg kan gjenkjenne i min egenskap av å være kvinne. Det er imidlertid ikke slik at mitt materiale er bedre fordi jeg er kvinne. En mann kan gripe prosesser og aspekter jeg ikke ser fordi jeg er en del av det kvinnelige univers. Kjønn kan både være en mulighet og en begrensning, men min erfaring er at det har vært et fortrinn for meg å være kvinne. To av kvinnene viste meg arrene på brystene etter inngrepet. Jeg tror ikke at de ville vært like åpne for en mann. Antagelsen om at kvinner er like og derfor forstår hverandre lett, er imidlertid problematisk. Ifølge Haavind baserer dette synet seg på en misforståelse om hvordan intersubjektivitet dannes, og synet om kvinnelig likhet er kritisert i metodelitteraturen (Haavind 2001:22).

Mitt kjønn gjorde meg til en insider, men jeg følte meg også som en outsider enkelte ganger (Lilleaas 2004a:62). Mine innfallsvinkler var i noen tilfeller avvikende fra måten informantene så ting på, og en kvinne sa at min vinkling ikke var slik hun oppfattet det i det hele tatt: ”For dem som ikke har opplevd brystkreft er det vanskelig å forstå”. En annen kvinne sier:

En del av dere som ikke har vært igjennom det, dere er opptatt av det på en litt annen måte enn vi som har hatt brystkreft. Det er veldig mye individuelt opp i det. Og det synes jeg kanskje ikke kommer så godt fram når det gjelder kreft. At man sauser det inn i sammenhenger der det blir litt ensartet (Karin).

Flere av informantene lager dette skillet mellom de som har opplevd brystkreft og de som ikke har det. Det fikk meg til å lure på om jeg virkelig kunne forstå deres situasjon.

Det at jeg er ung har muligens gitt meg en viss frihet og spillerom (Album 1996). Et annet aspekt er at aldersforskjellen mellom meg og flere av kvinnene er liten, og det gjorde kanskje at jeg lettere kunne sette meg inn deres situasjon. Det kan også hende at de ble mer fortrolige

som en følge av dette. Andre ganger har alderen min ført til usikkerhet hos meg. En informant sier:

Selvtillit er noe du får i midten av 30-åra stort sett. Det er ikke mange som har det før de har passert i hvert fall 25, og sikkert ikke da heller. For de har ikke vært ute og levd! Man kan ikke kalle det å være student, unnskyld meg... Men du er ikke ute i det virkelige livet da (Siri).

Det fikk meg til å tvile på mitt eget prosjekt. Har jeg begitt meg ut på noe som er for stort og seriøst innenfor rammene av en masteroppgave? Kan jeg egentlig forstå hva kvinnene snakker om? Likevel opplever jeg forventninger til at dette er et seriøst prosjekt som skal ha mening og være nyttig, ikke bare for at jeg skal fullføre utdannelsen min.

Analyse

For å kaste lys over hvordan kvinnene oppfatter og håndterer sin situasjon, har jeg valgt å benytte en temasentrert tilnærming. Det innebærer at bestemte temaer belyses ved å sammenligne informasjon fra alle informantene. Hensikten er å få en grundig og dyptgående forståelse av hvert tema. (Thagaard 1998:149). På bakgrunn av at brystkreftammede kan befinne seg i en vanskelig situasjon, så jeg det som en fordel at det er mønstrene i svarene informantene gir jeg er interessert i, ikke det enkelte individ. Det gjør kravet om anonymisering lettere å ivareta (Thagaard 1998:166).²²

På en annen side kritiseres temasentrerte analyser for å ikke ivareta et helhetlig perspektiv. Utsagn fra forskjellige informanter sammenlignes, men løsrevet fra sin opprinnelige sammenheng (Thagaard 1998:149). Et av dilemmaene er da knyttet til hvordan man skal ivareta informantenes selvforståelse slik den er kommet frem gjennom datainnsamlingen. Jeg har konsentrert meg om forhold knyttet til kroppen. Min forforståelse, de teoretiske innfallsvinklene og min interesse for fenomenet har fått betydning for hvilke aspekter i materialet jeg har valgt å vektlegge og den forståelsen av fenomenet jeg har utviklet. Det er jeg som har definert temaene og det er jeg som har valgt ut utsagnene som jeg mener kaster lys over temaene. Det er med andre ord mitt perspektiv som anlegges, og en fare kan være at informantene ikke føler seg tilstrekkelig representert i det ferdige produktet. Min tolkning av materialet kan innebære etiske dilemmaer da informantenes forståelse av situasjonene kan avvike fra mitt perspektiv (Thagaard 1998:170). Jeg har derfor forsøkt å forklare

²² Informantene presenteres med oppdiktete navn.

omstendighetene og sammenhengen rundt informantenes uttalelser underveis i analysen (Thagaard 1998:166).

Kapittel 4. Håndtering av diagnosen og kroppslig beredskap

I dette kapittelet vil jeg belyse kvinnes håndtering av diagnosen og vise hvordan flere settes i en tilstand som kan kalles kroppslig beredskap for andre. Det er en situasjon der kvinnen står i beredskap for andre til enhver tid, og andres behov settes foran egne (Lilleaas 2003:47). Lilleaas beskriver dette som en form for plikt- og ansvarsfølelse som er innskrevet i kroppen (Lilleaas 2004a:35). Begrepet kan være et fruktbart verktøy for å gripe brystkreftsykkes opplevelser og erfaringer. Jeg har derfor valgt å utvide begrepet til å gjelde kvinners håndtering av det å rammes av alvorlig sykdom. En tendens i mitt materiale er at kvinnene tar ansvar for hvordan omgivelsene mestrer situasjonen samtidig som de selv forsøker å takle diagnosen. Begrepet kroppslig beredskap vil derfor knyttes an til kvinnes reaksjon på diagnosen og håndteringen av denne. Videre vil jeg sette dette i sammenheng med hvordan kvinnene beskriver seg selv og hva det for dem innebærer å være kvinne. Mitt spørsmål er om det kan være en sammenheng mellom måten å takle diagnosen på og det å være ”typisk” kvinne? Hva det innebærer å være en typisk kvinne vil jeg komme tilbake til.

Et slag i ansiktet

Når et menneske rammes av en alvorlig sykdom er det vanlig og normalt med sterke følelsesmessige reaksjoner (Håkonsen 1999:45). Å få kreft innebærer en dramatisk endring i et menneskes liv og kan sammenlignes med en psykologisk krise der flere reaksjoner aktualiseres, for eksempel angst og depresjon (Faulkner og Maguire 1998). Brystkreft representerer en trussel mot flere aspekter ved en kvinnes tilværelse. I tillegg er brystet et organ som knyttes til vesentlige sider ved en kvinnes selvilde, identitet og kvinnelighet (Reitan og Schjølberg 2000, Yalom 1998).

Hvordan man reagerer på en brystkreftdiagnose varierer fra person til person. Man takler de fysiske og psykiske påkjenningene på forskjellige måter, men informantenes fortellinger har mange fellestrekk. Mitt generelle inntrykk er at kvinnene opplevde kreftdiagnosen lik i begynnelsen: som traumatisk og uvirkelig. Flere av kvinnene oppdaget kulen selv og fikk mistanke om at ikke alt var som det skulle, andre ble oppdaget gjennom rutinekontroll. For de fleste var det et sjokk å få diagnosen, det var utenkelig for dem at de skulle rammes. Kreft representerte noe ukjent og skummelt selv om alle hadde et eller annet forhold til ordet. Kvinnene hadde ulike erfaringer med sykdommen i egen familie, omgangskrets eller gjennom massemedia, men alle var preget av de negative konnotasjonene ordet har. Ifølge Solheim er

den negative symbolikken knyttet til kreft stor, og mange assosierer kreft med smerte, lidelse og død. Kreft har i vår kultur blitt forbundet med indre oppløsning, kroppens forræderi og er også et bilde på tap av moralsk kontroll (Solheim 1998:120). Av kvinnene i denne undersøkelsen forbandt mange kreft med snarlig død og flere innrømmet at de begynte å planlegge sin egen begravelse: ”Med en gang du får vite at du har kreft, så ser man jo for seg død og fordervelse”. Kvinnene beskriver et bredt spekter av følelser og reaksjoner, deriblant sinne, angst, fortvilelse og sorg. Da jeg ba kvinnene fortelle hva de tenkte da de fikk diagnosen, satte de ord på den akutte følelsen:

Jeg vet ikke om jeg tenkte så veldig mye. Jeg følte det som om noen åpnet et kumlokk og satte meg ned i stummende mørke, ganske langt ned. Ja, i mørket er ganske godt illustrert egentlig! Fordi jeg visste så lite om hva det representerte (Karin).

Jeg vet ikke hva som var det første jeg tenkte på, men jeg tenkte veldig mye på begravelsen min. Hvordan den ville bli, hvem som kom og så videre. Ja, og så datteren min. Da var hun fire år. Hvordan skulle det gå med henne? Det var det som var viktig (Gro).

Nei, da trodde jeg at hele livet mitt skulle ramle i grus egentlig. Jeg syntes at jeg var altfor ung. At det egentlig var en drøm og jeg måtte klype meg i armen: Er det tilfelle, er det riktig? (Liv).

Johan Cullberg har beskrevet ulike typer av kriser som kan ramme et menneske og hvordan man kan komme gjennom dem (Cullberg 1992). Ifølge hans kriseteori kan sjokkfasen vare fra et øyeblikk til noen dager. Karakteristisk for denne fasen er at personen forsøker å distansere seg og holde virkeligheten på avstand (Cullberg 1992:123). To av kvinnene forteller imidlertid at de var forbredt på diagnosen. De var helt sikre på at noe var galt og diagnosen kom derfor ikke som et sjokk. En av dem beskriver sin reaksjon slik:

Egentlig så tenkte jeg at det var min tur. Men at det var et jævlig dårlig tidspunkt. Men med litt ettertanke så hadde det sikkert ikke passet bedre to år etterpå. Det var egentlig greit at det kom, jeg tror underbevisstheten min hadde jobbet det så fram for meg. Fordi jeg gikk veldig lenge, det gikk et halvår fra jeg fant kulen til jeg endelig innså at jeg måtte søke lege (Siri).

Siri skyver unna mistanken om at hun er syk. Dette samsvarer med det Lilleaas finner i sin studie av menn med hjerteinfarkt, de ignorerer også kroppens signaler på at noe er galt (Lilleaas 2005). Denne måten å reagere på, stemmer overens med annen forskning som viser at når kvinner får alvorlige lidelser som kreft og hjerteinfarkt, tier de om det (Sabo & Gordon 1995:25). Jeg spør Siri om hvorfor det tok så lang tid før hun oppsøkte lege:

Nei, si det... Kulen var bare der og jeg har en veldig travel hverdag. Det er den dumme unnskyldningen i verden, men jeg har det. Jeg har jo vært hos lege før, men da er det fordi jeg har vært gravid og fått unger. Jeg har ikke hatt tid til å reflektere over at det faktisk feiler meg noe. Men det begynte egentlig å sige litt inn: "her er det et eller annet, men jeg er jo bra i dag, ikke sant? Jeg venter og ser". Plutselig hadde det gått seks måneder.

De siste månedene våknet jeg faktisk om natta av at jeg var helt utslitt, da hadde jeg drømt at jeg hadde vært på sykehuset og fått vite at jeg hadde kreft. Jeg drømte at jeg sammenkalte ledelsen på jobben og informerte dem. Og så våknet jeg og tenkte: "Herregud, hvor dum går det an å bli?". Så la jeg meg for å sove igjen. Sånn arbeider underbevisstheten veldig lenge.

Brystkreft er sterkt forbundet med angst og frykt. Derfor kan symptomer på sykdommen bli benektet eller bortforklart ved hjelp av psykiske forsvarsmekanismer (Håkonsen 1999:64). Siri tar ikke hensyn til symptomene, hun bare fortsetter "fordi hun har så mye å gjøre". Hun klarer imidlertid ikke å holde fortrengheten ved like, de fortrenghete tankene og følelsene presser seg frem i bevisstheten (Håkonsen 1999:64). Tidligere forskning har vist at kvinner i større grad enn menn oppsøker medisinsk hjelp (Sabo & Gordon 1995:25). I lys av dette har man stilt spørsmålet om menns forhold til sykdom handler om vaner, tradisjoner og maskulinitet. Dette medfører en type risikoatferd, som for eksempel å ikke erkjenne egne helseplager og sykdomstegn da det kan oppfattes som et tegn på svakhet (Lilleaas 2005:3). Man kan derfor spørre seg om informantens uttalelser tyder på en slags maskulin håndtering av sykdomstegn.

Fighting spirit

Til tross for at kvinnene beskriver den umiddelbare reaksjonen som traumatisk og sjokkartet, gir nesten alle uttrykk for at den første kaotiske fasen raskt gikk over. På spørsmål om hva de tenkte da de fikk vite at de hadde brystkreft, svarte to av kvinnene:

Kjempeslag i ansiktet! Men også at det ikke skal ta over livet mitt, dette skulle ikke ta knekken på meg! Man blir jo sjokkert med det samme, deppa og helt fortvila. Men samtidig så fikk, i hvert fall jeg, en fighting spirit på en måte: Dette skal jeg overleve. Det er ikke på tide at jeg dør riktig enda (Trine).

Nei, først så ble jeg kjempedeprimert. Det var snørr og tårer, og jeg tenkte: "Hva skjer nå?". Men så tenkte jeg at dette skulle jeg faktisk overleve: "Du er altfor ung til å dø. Du har to barn og et barnebarn. En mann som er glad i deg. Nei, dette skal jeg fikse" (Hilde).

Disse to utsagnene får representere de andre fordi uttalelsene er veldig like. Etter at de har kommet over det første sjokket begynner kvinnene å mobilisere ressursene sine. De "tar seg

sammen”, de er opptatt av å være sterke og ta kontroll over situasjonen. Dette står i kontrast til det Lilleaas finner hos menn med hjerteinfarkt. Ingen av dem snakker om noe som kan sammenlignes med ”fighting spirit” slik mine informanter gjør. Lilleaas peker på at menn overlater denne rollen til konene sine, flere sier at de ikke hadde vært i live i dag hvis det ikke hadde vært for kona (Lilleaas 2005). Sett i lys av kriseteori kan tilstanden kvinnene befinner seg i kalles ”reaksjonsfasen”. I denne fasen åpner personen øynene for det som har skjedd og forsvarsmekanismer blir aktivert. Disse mekanismene har til oppgave ”å redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel og fare for jeg’et” (Cullberg 1992:125).

En alvorlig sykdom utgjør en trussel mot selvidentiteten, og det å ta kontroll kan være en måte å opprettholde selvidentiteten på. Lazarus og Folkman skisserer ulike mestringsstrategier ved kriser (Lazarus & Folkman 1984). De beskriver mestring som en individuell og dynamisk prosess der personen forsøker å opprettholde selvbildet. Kontrollbegrepet står sentralt i mestringsteorien og tap av kontroll anses som en mulig faktor for dårlig mestring (Lazarus & Folkman 1984:170). Ved hjelp av strategiene endres opplevelsen av situasjonen slik at man opplever kontroll både over følelsene og selve situasjonen. Tidligere forskning viser at brystkreftammede kvinner som opplever at de har kontroll, har mindre følelsesmessige problemer og større tro på framtiden (Håkonsen 1999:61). Flere av kvinnene i mitt materiale taklet situasjonen ved å opptre rasjonelt, organisert og kontrollert. De valgte å forholde seg saklig og nøkternt til diagnosen. Dette er i tråd med mestringsstrategiene til Lazarus og Folkman, men det passer også inn i bildet av hvordan den moderne kvinne forventes å være: effektiv, rasjonell og individualistisk (Lilleaas og Widerberg 2001:179).

Kvinnenes reaksjon på diagnosen og håndteringen av denne er interessant på flere måter. Mannsforskningen har pekt på at mange menn føler seg forpliktet til å oppfylle en maskulin rolle. Det innebærer blant annet å vise styrke, ha kontroll og ikke vise følelser (Lilleaas 2005:3). I studien av menn som lever med alvorlig sykdom finner Lilleaas det hun anser som en del av en maskulin disiplinering i måten å håndtere sykdom på: å holde kontroll på seg selv og ikke vise følelser. Spørsmålet er om dette kan være tilfelle for flere av kvinnene i mitt materiale også? Er det et krav om å være sterk og ha kontroll? Kanskje den antatte forskjellen mellom menn og kvinner når det gjelder håndtering av alvorlig sykdom ikke er så stor likevel? Eller kanskje det stilles større krav til kvinner, og at kvinner og menn er i ferd med å tilnærme seg hverandre på godt og vondt?

Ansvar for egen helbredelse

Tidligere forskning viser at brystkrefttrammede som i utgangspunktet har håp om helbredelse, har bedre livskvalitet (Håkonsen 1999:61). Flere av kvinnene i mitt materiale vektlegger ansvar for egen helbredelse. De tror personlig innstilling har mye å si, og da de ble syke prøvde de å møte utfordringene på en positiv og optimistisk måte. Det er som de forsøker å fortelle meg at dersom man bare setter seg ned og gir opp, så blir man ikke frisk. ”Å ha en slik tro på sin egen innflytelse er en viktig psykologisk faktor ved all sykdom, og kan ha stor betydning for sykdomsforløp og sykdomsatferd” hevder Håkonsen (Håkonsen 1999:61). En nyere doktoravhandling viser at personlighet, om man er pessimist eller optimist, har stor betydning for hvordan en kvinne håndterer brystkreftdiagnosen (Bredal 2005). Inger Schou Bredal finner at pessimisme er den faktoren som bidrar mest til både angst og depresjon. Studien peker i retning av at de som er pessimister reagerer med håpløshet og hjelpeløshet uansett prognose og behandlingsmuligheter. I tillegg har pessimistene dårligere livskvalitet og mer omfattende følelsesmessige problemer.²³ Blant optimistene er det 76 prosent som beskriver at de fikk en kampånd, mot 55 prosent av pessimistene (Bredal 2005:23-24).

En kvinne forteller hvordan hun opplevde møtet med andre brystkrefttrammede på sykehuset. Hun hadde bestemt seg for å være sterk og ble frustrert over at mange av kvinnene var så deprimerte:

For meg er det mange faktorer som gjør at man kan bli syk. Og jeg er nesten beviset på at det psykologiske har ganske mye å si. Jeg er kvinne og kvinner pleier å bekymre seg litt mer og kanskje mer unødvendig enn menn. Og kanskje dette gjør at vi sitter og tenker og gruer oss, og da begynner du å gjøre noe mot deg selv (Trude).

Så derfor mener jeg at man kan styre veldig mye med tankene. Og samtidig med at jeg hadde denne innstillingen, traff jeg andre kvinner som gikk til behandling, som var veldig deprimerte. Du kunne se det på kroppen, hvordan de gikk, hvordan de beveget seg. Jeg bestemte meg for at jeg ikke skulle være sånn. Man programmerer seg på en måte, ikke sant? (Trude).

Trude sier at man kan ”programmere seg”. Jeg oppfatter hennes utsagn som om det er et spørsmål om vilje. Man kan velge å ha en positiv innstilling. Det er for ens egen del, men også av hensyn til omgivelsene. Mitt inntrykk er at kvinnene mener det blir lettere for omgivelsene dersom man har en positiv innstilling. Informantene mine fremstår som ressurssterke kvinner som understreker betydningen av å ta kontroll over egen situasjon, blant

²³ Det viser seg imidlertid at livskvaliteten er minst like bra som hos resten av befolkningen ett år etter inngrepet (Bredal 2005:23-24).

annet ved å fremskaffe informasjon om behandlingsmuligheter og prognoser. Dette kan ha sammenheng med at utvalget jevnt over er høyt utdannet. Flere av kvinnene vet hvilke kanaler de skal benytte for å få tilgang på informasjon. Informantene tilhører et selektivt utvalg, og jeg har ikke grunnlag for å si at dette gjelder for andre kvinner i samme situasjon.²⁴ En av informantene har mye kontakt med kvinner som nylig har fått diagnosen. Her forteller hun hva hun tenker når hun snakker med disse kvinnene som ofte er fortvilet og i sjokk:

Jeg tenker at nå får hun bare bite tennene sammen og vise hva hun duger til. Nå må hun forlange hjelp. Jeg får jo en del telefoner, de ringer og er helt fortvila. Ja vel, har du fått noe informasjon da, spør jeg. Du må søke informasjon! Du må vite for at du skulle kunne kreve ting. Det er ikke snakk om at folk skal dø. Det er snakk om at folk skal slå i bordet. Du må ta et valg! Hvordan du skal greie dette. Hvis du setter deg ned og syns veldig synd på deg selv, dør du. Hvis du tar tak i det, går hjem og knuser et gammelt middagsservise og raser i to timer, slik jeg gjorde, bare får det ut... Du må bite tennene sammen og bestemme at "ja, det var min tur, vi får ta det som det kommer, men dette skal gå bra". Det er slik at jeg nekter å omgi meg med folk som synes synd på meg, det er kun synd på meg når jeg synes det og jeg vil snakke om det. Så jeg har sikkert gjort alle feilene overfor unger og ektemann, men vi bor nå sammen ennå (Siri).

En annen kvinne forteller at legen hennes har sagt at "70 prosent av helbredelsen sitter mellom ørene". Jeg spør henne om den mentale innstillingen har stor innvirkning:

At det har mye å si? Ja, det er jeg sikker på! Det er jeg hellig overbevist om!(...) Men det er klart at det er mange som er positive som det går dårlig for også. Men jeg tror i hvert fall at hvis du ikke er positiv så, ja du kan jo overleve for det, men jeg tror det blir mye tyngre. Det er mye tyngre for omgivelsene og mye tyngre for deg selv. Og det er tyngre for de som skal pleie deg. Jeg har vel alltid vært positivt innstilt til livet. Jeg ser heller den flasken som er halvfull enn den som er halvtom, ikke sant? Det har litt med det å gjøre. Absolutt (Hilde).

Et spørsmål som kan stilles er om stå-på-holdningen kan utgjøre et press i seg selv? Det kan være tøft for kvinner som ikke klarer å innta rollen som positiv og sterk. En kvinne forteller at hun fikk en reaksjon etter operasjonen:

Jeg var jo på sykehuset en god stund, jeg fikk en slags psykisk knekk der. Hele tiden så hadde jeg vært veldig ovenpå, og plutselig ble det liksom noe jeg selv ikke klarte å holde styr på. Jeg trodde jeg skulle kveles, jeg klarte ikke å puste. Jeg tror det var en angstreaksjon. Og jeg tror det var en naturlig reaksjon å få der. Heldigvis fikk jeg det der og da, og ikke når jeg kom hjem (Liv).

Kan angstreaksjonen være kroppens svar på kravet om å være ovenpå og sterk? Det kan virke som om stå-på-holdningen nærmest er et ufravikelig krav blant flere av informantene, og man kan stille spørsmål ved om dette fører til en ekstra belastning for noen av kvinnene.

²⁴ Se metodekapittelet for nærmere beskrivelse av utvalget.

Omgivelsenes reaksjoner

Omgivelsene til personen som er syk vil også oppleve situasjonen som truende og belastende, og kvinnene forteller at de var sterkt bekymret for hvordan familie, venner og kolleger ville takle diagnosen. Med unntak av en, valgte alle å informere familie og nærmeste omgangskrets tidlig:

Ja, det har aldri vært noe å skjule. Det tror jeg egentlig aldri jeg kunne gjort. Jeg tror at det å være åpen gjør at du takler det bedre (Liv).

Det var veldig godt for meg å få lov til å være åpen og få lov til å tømme meg. Heldigvis har jeg veldig gode venner som brydde seg om meg og som lot meg få prate. Jeg fikk det ut, snørr, tårer og latter og det som var. Det tror jeg var veldig viktig! (Hilde).

Tidligere forskning viser at kvinner har et større handlingsrom for å snakke om fysisk og psykisk sårbarhet enn det menn har (Lilleaas 2003:272). For flertallet av informantene i mitt materiale har åpenhet rundt sykdommen vært viktig og de ønsket at omgivelsene skulle være informert gjennom hele prosessen. Det er imidlertid igjen grunn til å fremheve at utvalget ikke er representativt. Selv om mine informanter har valgt å være åpne, fikk jeg gjennom intervjuene inntrykk av at mange brystkreftammede ikke ønsker å prate om sykdommen.²⁵ Kvinnene i mitt materiale forteller at de gjennom åpenheten har fått uttrykke følelser som sinne, sorg og fortvilelse. Min oppfatning er at flertallet fant en slags balansegang mellom det å være åpen og få uttrykke følelser og det å være sterk og rasjonell. Til tross for en tendens til at sykdom håndteres på en maskulin måte er det også viktig å være åpen og vise følelser. Selv om kvinnene søkte å mestre situasjonen ved å være rasjonelle betyr ikke det at følelsene ble fortrent. Det kan virke som at de landet på en slags mellomting mellom det å forholde seg til følelsene og det å beherske seg.

Da jeg snakket med kvinnene om omgivelsenes reaksjoner, tegnet det seg et mer tydelig bilde av hvilke situasjoner kvinnene syntes det var viktig å være sterke i. Som tidligere nevnt fortalte flere av kvinnene hvordan de ”tok seg sammen” da de fikk diagnosen. De følte et ansvar for å være positive og sterke overfor familie, venner og kolleger. Ofte måtte de innta en krevende rolle og trøste dem rundt. ”Det var beroligende for dem”, sier en kvinne. Kvinnenes fortellinger peker i retning av at flere tok mer hensyn til andre enn til seg selv. Lilleaas har i sin doktoravhandling, om kvinner med kroniske muskelsmerter, vist at kvinnene tar ansvar for andres ve og vel, og setter andres behov foran egne (Lilleaas 2003). Denne

²⁵ Forskning viser at kvinner som rammes av alvorlig sykdom som kreft og hjerteinfarkt ofte ikke snakker om det (Sabo og Gordon 1995:25).

tendensen gjør seg også gjeldende i mitt materiale, men jeg må understreke at ikke alle informantene passer helt inn i beskrivelsen. Selv om flere av kvinnene følte ansvar for hvordan omgivelsene taklet situasjonen, betyr ikke det at omgivelsene ikke stilte nok opp. Kvinnene fremhever den støtten og oppmuntringen de fikk fra familie, venner og kolleger som uvurderlig. Det handler kanskje mer om at kvinner påtar seg en tradisjonell rolle, det er deres plikt å ta vare på familien.

Solheim hevder at kvinner fortsatt har en fundamental tilknytning til spesifikke oppgaver i familien og husholdet til tross for store endringer i sosiale og økonomiske forhold (Solheim 1998:30). Kvinnelige egenskaper knyttes fortsatt til moderlighet, omsorg, varme og vennlighet (Haug 1990:20). Haug peker på at en kvinne forventes å handle på en bestemt måte. Det stilles moralske forventninger til at kvinnen skal ta vare på andre. Hennes moral knyttes til at hun er husets beskytter, ektefelle og mor (Haug 1990:13). Ifølge Lilleaas er det vanskelig å unndra seg denne ansvarsfølelsen fordi den er innebygd i kroppen og tas derfor for gitt (Lilleaas 2004a:35).

Et sentralt spørsmål er om dette er noe kvinnene pålegger seg selv, eller om det er et kulturelt krav, en slags pliktfølelse, en typisk kvinneting å gjøre? Informantenes uttalelser kan tyde på at det er en kombinasjon av flere faktorer. De innrømmer at de setter høye krav til seg selv og at mange av forventningene er selvpålagte. De vet at de påtar seg mer enn det som forventes av dem i ulike sammenhenger. Men det handler også om kulturelle forestillinger og forventninger som er knyttet til kvinnerollen, som kvinner er sosialisert og opplært til. Ifølge Haug oppdras kvinner og menn gjennom sosialiseringen til en kjønnsbestemt moral. Dette fører til at det knyttes ulike moralske forventninger til atferd for kjønnene, der omsorg utgjør en vesentlig del av den kvinnelige væremåte (Haug 1990).

Følgende utsagn kan belyse hvordan flere av kvinnene inntok rollen som omsorgsperson da diagnosen var et faktum. For mennene i Lilleaas sin studie er det omvendt. Mennene overlater omsorgsarbeidet til sine koner, eller kvinnene påtar seg dette arbeidet (Lilleaas 2005).

Sånn var det med alle egentlig! Det var jeg som måtte være sterk og trøste andre. Det var nok sikkert derfor jeg var så positiv også. Jeg skulle vise at dette skulle gå bra! Dette skal vi klare! (Gro).

Karin: Jeg er vel sterk som person, og har vært vant til at jeg klarer meg. Vennene mine ble så redde. Jeg satt jo og trøstet dem! En venninne hadde mistet en av sine venninner i kreft et par år tidligere og henne måtte jeg trøste! Hun gråt så hun var helt ødelagt.

I: Det blir litt motsatte roller?

Karin: Det ble jo til at jeg fikk den rollen da. Og det var tøft. Jeg visste ikke om jeg stod på stupet eller om jeg stod på trygg grunn selv.

Karin følte i tillegg at hun måtte ta mye ansvar i forhold til jobben. I ettertid mener hun at sjefen skulle ha grepet inn:

Jeg satt der og administrerte alt selv. Satte bort, fikk det unna, og det var jo til en viss grad greit å ha noe å holde på med, men jeg kunne jo ikke ta telefonen. Jeg begynte å grine bare du sa bø til meg.(...) Det var bare det glade kaos rundt meg! Så jeg tror at jeg la meg på et sånt samleband, jeg. Det fikk bare komme, det var like greit. Og jeg visste ikke hvor lenge jeg skulle få leve, men jeg administrerte alt rundt meg, og det tok mer enn jeg nesten hadde kapasitet til. Det ser jeg lettere i dag, jeg skjønnte ikke det da, men jeg ser det nå.

Linda forteller at omgivelsene taklet diagnosen på en bra måte. Hun tror mye av grunnen til det ligger i henne selv:

Tvers igjennom alle jeg har hatt med å gjøre har taklet det på en fin måte, men det skyldes sikkert meg selv. Jeg følte jo at jeg overfor familien, både mann og barn, måtte være litt positiv, bygge dem opp. Og foreldrene mine hadde jeg også den gangen. Min fars søster døde såpass ung i brystkreft, så de ble vettskremte. De ble nok mer skremt enn meg. Altså, jeg var jo i egen begravelse, tenkte faktisk sanger og alt sånt. Jeg kan ikke vite hvordan andre reagerer, men jeg tror i hvert fall at jeg var rask på det etter diagnosen. Dag en, dag to, eller noe, så var jeg ferdig med det, tror jeg! Og så måtte du begynne å jobbe med de andre. Og jeg er vel antakeligvis som person: Sterk, realistisk, tror jeg.

Linda så det som sitt ansvar å bygge opp de rundt seg. I tillegg til at hun selv skulle takle diagnosen, tok hun ansvar for at de rundt henne også mestret situasjonen. To av kvinnene forteller at det nesten var en lettelse å ligge på sykehus. Der kunne de slå av mobiltelefonen og selv velge hvem de ville snakke med:

Da slapp jeg å ha så mange å forholde meg til. For jeg tenkte vel kanskje at jeg måtte prøve å være litt sterk på andres vegne også. En dum tanke egentlig (Hilde).

Å involvere seg i andre er et ytre krav som tas for gitt, og på denne måten innarbeides den kroppslige beredskapen som vane. Å ta ansvar for andres ve og vel anses som en selvsagt plikt som det ikke stilles spørsmålstegn ved (Lilleaas 2003). Mitt inntrykk er at det var befriende for informanten å være på sykehus, da slapp hun å ta rollen som omsorgsperson, men det er først i ettertid hun stiller seg kritisk til rollen hun inntok. En av informantene har

bodd mange år i utlandet. Hun reflekterer rundt alle forventningene og kravene som stilles til kvinner i Norge. Hun er lei av at norske kvinner skal klare alt selv. Informantens fortelling er spennende fordi hun, som en ”utenforstående”, setter fingeren på noe sentralt:

Jeg har noen venninner som sliter med det at de er perfektionister, og det går utover familien. De stresser så mye, huset skal være rent, ryddig og pent. Maten skal være den aller beste, og den skal stå på bordet når barna kommer hjem. Men det er bra at det blir større aksept og mer vanlig med hushjelp i Norge. Jeg vet at nordmenn flest vil klare seg selv, det er en sånn gammeldags tradisjon å klare tingene selv, uten å be om hjelp. Og det tror jeg er negativt. For det går bare utover barna og ekteskapet. At så mange skiller seg kommer ikke overraskende på meg. Fordi de kan ikke klare alt selv. Har du hørt om han argentinske antropologen på Blindern, jeg kommer sikkert på navnet etterpå. Han ble intervjuet for en liten stund siden der han sier at i Argentina er det en kunst å være lat! Og jeg tror det er det samme for Latin og Sør Amerika (ler). Det er egentlig ikke å være lat. Det er å la andre gjøre jobben sin.

Videre sier informanten:

Ja, det er forventninger, men man lager dem selv også! Man kan oppleve press, men det er også opp til deg selv å sette dine mål. På denne måten ser jeg at det ofte er en ond sirkel her i Norge. Man skal klare alt selv! Man skal være en god mor, man skal være dyktig i sitt yrke, og man skal være en god hustru. Jeg tror ikke man kan klare alt samtidig. Det tror jeg er en utopi.

Kvinnen legger vekt på at nordmenn helst vil klare seg selv. Det kan kanskje tolkes som et uttrykk for en slags skandinavisk individualisme? En tanke om at man skal klare seg selv uten hjelp fra andre? Det har i Norge vært et ideal at man skal passe på sitt hus og sine barn selv (Brusdal og Frønes 2003). Det er fortsatt ikke sosialt akseptert å ha hushjelp i Norge, det kommer i konflikt med det sosialdemokratiske likhetsidealet. Derfor er denne type tjenesteforbruk lite utbredt, men økt velstand og ønsket om mer kvalitetstid vil på sikt kunne føre til økt etterspørsel, hevder Brusdal og Frønes. I tillegg vil nye generasjoner være mindre bundet av de tradisjonelle norske kulturmønstrene (Brusdal og Frønes 2003:472).

Typisk kvinne?

Tradisjonelle kvinnelige egenskaper knyttes ofte til rollen som omsorgsperson; som mor, kone og husets beskytter (Haug 1990). Kvinnerollen har imidlertid gjennomgått endringer (Lilleaas 2003:82). Med kvinners inntog på utdannings- og arbeidsmarkedet vektlegges andre verdier, blant annet individualisering og selvrealisering. Informantene mine kan karakteriseres som moderne kvinner. Med moderne mener jeg at de har tatt utdanning, de er eller har vært

yrkesaktive, og de lever i en tid der likestilling mellom kjønnene anses som en selvfølge.²⁶ Å være en moderne kvinne innebærer også at man skal være mindre tradisjonelt kvinnelig (Lilleaas og Widerberg 2001:176). Derfor hadde jeg en antagelse om at kvinnene ville fremheve mer moderne "kvinneegenskaper" da jeg spurte dem om hva de anså som viktig ved å være kvinne. Det fikk jeg også i stor grad bekreftet. Flere fremhever det å ta utdanning, få en spennende og utfordrende jobb, og å være selvstendig. Andre ting som nevnes er å være sterk, stå for sine meninger, og ikke la seg plukke på nesen. Det er ingen tvil om at kvinnene kjenner forestillingene om hvordan de bør være som kvinner i dagens samfunn (Lilleaas og Widerberg 2001:176)

Det er imidlertid mange som løfter frem mer tradisjonelle verdier når de beskriver hvilke egenskaper som er viktige for dem. Flere legger vekt på omsorgsansvaret: "Det å være åpen for andre, å ha forståelse for andres verden og problemer". Det gjelder særlig blant de eldre kvinnene i materialet, men kommer også til uttrykk blant de yngre. Lilleaas og von der Fehr påpeker at den kroppslige beredskapen også er utbredt blant unge og moderne kvinner. Deres studie tyder på at mange kvinner, uansett alder, har utviklet en plikt og ansvarsfølelse overfor andre som overskygger egne behov (Lilleaas og von der Fehr 2001:26-28). "Denne velutviklede ansvarsfølelsen for andre skyldes en kjønnsmessig bestemt atferd i vår kultur og oppleves som meningsfylt for mange kvinner" (Lilleaas og von der Fehr 2001:28). I følge forfatterne har kvinner skapt seg en forestilling om hvordan en moderne kvinne skal være: "Kvinner bruker store deler av sitt liv til å prøve å konstruere en egen (kropp)-identitet ut fra forestillingen om å være flink og dekke andres behov. Denne type væremåte gir bekreftelse og anerkjennelse på at man er en "riktig" kvinne" (Lilleaas og von der Fehr 2001:33).

Miriam er i begynnelsen av trettiårene. Hun er høyt utdannet og jobber i et mannsdominert yrke. Hun forteller at hun har tilpasset seg noen av verdiene der. Jeg ber henne spesifisere dette nærmere:

Ja, jeg har vel tilpasset meg litt til deres (menns) måte å være på. Litt mer enkle, åpne kanskje? Jeg vet ikke... at alt er greit, at man ikke skal gjøre ting noe mer komplisert enn det de er. Litt sånne ting.

²⁶ Selv om kvinner har fått økt makt gjennom økt utdanning, økt yrkesdeltagelse og dermed økt selvbevissthet, er fortsatt ikke kjønnene likestilt (Engelstad 2003:55).

Miriam passer inn i beskrivelsen av den moderne kvinne, men hun fremhever også mer tradisjonelle kvinneegenskaper som viktige og som hun verdsetter:

Ellers synes jeg at det er veldig viktig, og det tror jeg kanskje at man er flinkere til som jente og som jeg gjerne vil være flink til, å oppfatte hvordan andre mennesker reagerer og hvordan de har det. Ja, passe på at ikke noen blir såret og vise at man bryr seg om folk! Det tenkte jeg spesielt på da jeg var syk og fikk oppmuntring fra så mange. Da bestemte jeg meg for at dette er viktig, og at jeg skal passe på hvis det er noen andre som trenger en oppmuntring. Hvis det blir slutt med kjæresten eller noen blir syke, hva som helst egentlig så skal jeg være der! Det har jeg blitt veldig bevisst på.

Gjennom mine samtaler med kvinnene fikk jeg inntrykk av at flere føler seg i en klemme mellom tradisjonelle og mer moderne verdier. Det kan virke som om de kulturelle forestillingene om kvinnen er splittet. Man skal inneha tradisjonelle egenskaper som å vise omsorg og ta vare på andre, men man skal også realisere seg selv med alt det innebærer. Kanskje det er slik at kvinnen av i dag må oppfylle kravene til den moderne og likestilte kvinne samtidig som man må ivareta mer tradisjonelle verdier? Trine setter ord på dette:

Du skal være perfekt både på den ene og den andre måten. Du skal se ordentlig ut, du skal kle deg fint, du skal ha et pent ansikt, du skal være fin på håret, du skal rekke over absolutt alt! Du skal være mamma, du skal være kone, elskerinne, du skal være hushjelp, du skal være vaskehjelp, du skal være kokk. Og du skal være aktiv på alle mulig andre fronter! Og det har forandret seg veldig!

I: Ja, for det er jo både krav om karriere og man skal jo ha barn....

Trine: Ja, det er jo det som er så vanskelig. Og det er klart, de hadde jo sikkert ambisjoner de som var mødre for en generasjon siden også, men de lå litt lavere i terrenget. Det virker som det er om å gjøre å brøyte seg mest mulig fram, om å være mest mulig ekstrem i dag.

Det er krav kvinnene møter hos andre, men også krav de stiller til seg selv. Noen av kvinnene prøver å leve opp til både gamle og nye kjønnsroller, men det er ikke alltid forventningene henger sammen. Kvinnene tar ikke avstand fra de mer tradisjonelle kvinneegenskapene, de fremhever både disse og mer moderne egenskaper som viktige. Man kan spørre om det er et uttrykk for en politisk korrekt holdning eller om det er en forskjell på teori og praksis?

Linda er i midten av femtiårene og har en krevende jobb med mye ansvar. Jeg ber henne beskrive seg selv som kvinne:

Jeg er vel en typisk omsorgsperson. Og jeg er sterk også. Jeg har alltid syntes at det har vært stilt masse forventninger til meg, mange ganger sånn at det nesten har blitt for mye for skuldre og muskler og sånt. Men det finnes da terapeuter som kan løse opp det. Men alle de forventningene som andre har hatt til en, det er vel vi selv som tror at dette forventes av oss! Så det går vel på å hele tiden å strekke seg lengst mulig, for det er

hyggelig å hjelpe andre. Å være til nytte. Men jeg håper jeg har en rimelig porsjon av det, sånn at jeg... jeg er blitt flinkere til å bruke tid til meg selv også.

Linda innrømmer at hun har strukket seg langt for å tilfredsstille omgivelsene, og hun opplever at det har satt spor i kroppen. Kroppen har blitt stiv og hard. Lilleaas påpeker at når arbeidsoppgavene blir for mange og arbeidet tas for gitt, får det konsekvenser for kroppen (Lilleaas 2003). Videre sier Linda:

Jeg synes jo at det ikke hadde gjort noe om jeg hadde vært flinkere og fått min mann til å delta mer i familiens gjøren og laden enn jeg gjorde. Jeg hadde nok mer med meg fra den gamle generasjonen, men jeg var veldig opptatt av at... jeg har en sønn og datter. De hørte aldri "du som er jente" eller "du som er gutt". Det gikk på størst og minst. Så litt kvinnefrigjøring har jeg nok vært for, men jeg har aldri gått i noe tog for det. Jeg er ikke feminist, på ingen måte.

Det er Linda sin jobb å ta ansvar for "familiens gjøren og laden". Det er også hennes ansvar å få mannen mer deltagende. Jeg tolker Lindas utsagn som at hun anser seg som litt gammeldags og tradisjonell. Hun har praktisert sine oppgaver i tråd med en gammeldags tankegang. Hun skulle ønske at mannen gjorde mer, men sier at hun selv må ta litt av skylden fordi både hun og mannen henger igjen i det gamle kjønnsrollemønsteret.

Et oppgjør med kroppslig beredskap?

For flere av kvinnene har det gått mange år siden sykdommen. Noen har i ettertid reflektert over den rollen de gikk inn i og ansvaret de påtok seg da de fikk brystkreft. Enkelte utsagn kan tyde på at kvinnene stiller spørsmålstegn ved den kroppslige beredskapen. En kvinne sier: "jeg skulle vært skånet for mye av det". De gir uttrykk for at tradisjonelle kvinneverdier og egenskaper ikke alltid er positive, de ser i etterkant at de først og fremst skulle tatt vare på seg selv. Noen ser ut til å ha tatt et oppgjør med "snill pike"-stemplet. Sykdommen har fått dem til å innse at det er viktig å også prioritere seg selv, og flere mener at de i dag tar mer hensyn til seg selv og egne behov enn de gjorde tidligere. Samtidig trekker de frem at de har blitt flinkere til å sette seg inn i andres situasjon og at de har fått større forståelse for andres problemer etter selv å ha vært syk:

Altså, du kan mye raskere sette deg inn i andres situasjon. Så min reaksjon på det er vel at jeg setter meg selv i baksetet da og så prøver jeg å hjelpe. Det er den vinklinga det har for meg (Linda).

En av informantene forteller hvordan sykdommen fungerte som en vekker, den fikk henne til å stoppe opp og spørre seg hva hun ville med livet. I tiden før hun ble syk var hun misfornøyd både på det profesjonelle og personlige planet, og hun forteller at hun var kommet inn i et destruktivt mønster:

For meg så var det egentlig som en brannalarm som sa "hva driver du med? Du må slutte med å ikke tro på deg selv! Du må begynne et nytt liv!". Jeg husker at det var en periode da jeg var ganske deppa. Jeg hadde en jobb jeg ikke likte, og jeg husker at jeg pleide å si: "Jeg er død". Tenk på det. Så mye dumt vi kan si! Jeg er død fordi jeg ikke gjør det jeg har lyst til å gjøre, jeg uttrykker meg ikke. Ikke sant? Jeg er ganske kreativ, og jeg følte at jeg ikke uttrykte meg profesjonelt, jeg uttrykte meg ikke som kvinne. Jeg følte at jeg var en dårlig mor og kone... Altså, jeg følte meg som det verste mennesket som fantes! Og det er bare så dumt å si sånne negative ting til seg selv! (Trude).

Flere av informantene gir uttrykk for at de har blitt flinkere til å si ifra. Før var det ofte slik at de sa ja til å stille opp, selv om de egentlig ikke hadde lyst. De syntes det var vanskelig å si nei og de ønsket ikke å skuffe noen. I dag har de en endret innstilling i forhold til dette. Det er bedre å være ærlig og klar på hva man vil eller ikke vil, mener kvinnene. I denne sammenheng kan en historie Trude fortalte trekkes frem. Etter operasjonen måtte hun gjennom en tøff cellegiftbehandling på sykehuset. Hun følte seg dårlig behandlet av sykepleieren som skulle hjelpe henne. Sykepleieren stresset og Trude forteller at hun knapt fikk lov til å ta av seg skoene før hun ble plassert i en seng. Det fant hun seg ikke i og hun ba derfor om å få en annen sykepleier:

Så det dreier seg ikke om å være slem, men det dreier seg om å være tydelig og å si ifra! Og ikke bare gi næring til andre, men å gi næring til seg selv! Ta vare på seg selv. Og som jeg fortalte deg om, det er visse kvinner, typiske kvinner som tar vare på alle andre, men ikke på seg selv. Det er sant. Du må ta vare på deg selv. Passe på deg selv sånn at du får leve.

Det er interessant at Trude benytter ordet "slem". Er hun slem fordi hun tar hensyn til seg selv? Flere av kvinnene beskriver hvordan sykdommen har fått stor inngripen i hverdagen, og de mener at det har fått konsekvenser for hvilke valg og prioriteringer de gjør i dag.

Ja, jeg har et annet syn på livet! For jeg vil være her! Før så bare var jeg, jeg bare eksisterte. Jeg var pliktoppfyllende, og tok vare på hus, hjem og familie og jobben min. Men nå så tar jeg valg, jeg sier at dette vil jeg ikke være med på, dette vil jeg gjøre. Så det har forandret seg. Jeg har blitt flinkere til å ta et standpunkt, og si at dette skal jeg, dette vil jeg (Trine).

Etter at jeg ble syk har jeg gått ned i stillingsprosent, så nå jobber jeg bare 30 prosent. Rett og slett fordi at på denne fine måten kan jeg være mor og jeg kan være bestemor, og jeg kan ha litt tid til meg selv, og jeg kan jobbe! Det er noe som jeg har blitt veldig bevisst

på. Å få tid til å gjøre ting jeg har lyst til å gjøre. Ikke bare stresse gjennom livet, jobbe fra åtte til fire, og ikke rekke noe annet (Hilde).

Men det er ikke alle som synes at livet har endret seg. En av informantene blir nærmest litt frustrert. Hun sier:

Når du har vært kreftpasient forventer alle at du skal ha fått en fantastisk holdning til livet. At du skal sette pris på hver en blomst, hver en regndråpe resten av livet ditt. Sånn er det ikke! Nei, hvis det blir så ille... Jeg har en venninne som tenker sånn at jeg har vært syk og at hun selv kanskje kan bli det en gang.

I: Hun har nesten fått en reaksjon?

Siri: Ja, de har fått reaksjonen for meg ikke sant? Det blir så feil at folk skal forvente, vi må få lov til å bli helt normale igjen. God rødvin er like bra nå som det var før! Jeg synes ikke at jeg er kjempeheldig fordi at jeg kan sette meg ned i fem minuttet for å drikke kaffe, for det kunne jeg før også! Livet går videre. Sånn er det.

For de aller fleste har imidlertid kreftsykdommen vært et vendepunkt i livet. Jeg får inntrykk av at kvinnene ser på sykdommen som en mulighet – en mulighet til å forandre destruktive eller lite helsebringende vaner. Lilleaas beskriver kroppen som et tregt felt, noe som gjør at etablerte vaner og rutiner blir så vanskelig å endre (Lilleaas 2003:205). Det krever refleksjon og et ønske om endring. Man må først erkjenne at etablerte vaner og forestillinger er ufordelaktige før man kan foreta endringer. Gjennom sykdommen har flere av kvinnene blitt minnet på at liv og helse ikke er noe man kan ta for gitt, og de har derfor foretatt ganske store omprioriteringer etter å ha fått døden i fanget (Hammer 1998:129). De har vært opptatt av å snu situasjonen til noe positivt, til en fordel. Kreften beskrives som en opplevelse de har vokst på, det er en erfaring de har kommet styrket ut av.

Kapittel 5. Kroppsopplevelsen

Med tanke på oppgavens tema er kvinnes kroppsforståelse et sentralt aspekt, og for å belyse denne var det nødvendig å få innsikt i kvinnes forhold til egen kropp, både før og etter operasjonen. I første del av kapitlet vil jeg derfor vise hvordan kvinnene opplevde kroppen før de fikk brystkreft. Her vil jeg gå nærmere inn på et tema som stadig trekkes frem når informantene snakker om kroppen, nemlig kroppens vekt. Deretter vil jeg se på kvinnes forhold til brystene før de ble syke, og til slutt vil deres tanker og refleksjoner rundt det å fjerne eller beholde brystet belyses.

Forholdet til kroppen før sykdommen

Da jeg spurte kvinnene om hvordan de oppfattet kroppen før de ble syke, svarte de aller fleste at de hadde et ”bra” eller ”greit” forhold til kroppen. De var rimelig fornøyd med hvordan de så ut. Det viste seg imidlertid at forholdet til kroppen ikke var så ukomplisert som jeg hadde fått inntrykk av. Da jeg stilte mer detaljerte spørsmål om kroppens ulike deler, hva kvinnene var fornøyd med eller misfornøyd med, fikk jeg litt andre svar. Uttalelsene kan tyde på at flere av kvinnene hadde et noe ambivalent forhold til kroppen, og det var ofte kroppens vekt som var problemet:

Jeg var vel ikke fornøyd, egentlig. Det er det vel ingen som er. Ikke sant? Jeg følte meg lubben og feit og har stor mage. Sann som jeg tror de fleste opplever (Gro).

Jeg synes vel egentlig at jeg har arva litt for mye av... Jeg er like feit over rumpa som moren min alltid har vært (ler). Ja, sånne ting som man henger seg opp i (Siri).

Ifølge Solheim formes kvinners kroppserfaringer av allerede eksisterende meningsstrukturer, og de vurderer seg selv i forhold til et ideal om hvordan kroppen bør se ut (Solheim 1998:59). Ord som ”lubben”, ”tjukk” og ”kvaquete” går igjen, og gjennom denne ordbruken viser kvinnene at de er veldig klar over hva som er den gjeldende standarden i kulturen, nemlig å ha en slank kropp. Det er det som anses som det normale. Ifølge Haug er normaliteten et vesentlig orienteringspunkt for kroppens funksjoner og utseende (Haug 1990:23). Den slanke kroppen utgjør referansepunktet, og dersom ikke kroppen oppfyller dette idealet oppstår en følelse av skyld, hevder Haug. I det øyeblikk noe får en normativ status over seg blir det unormalt å ikke gjøre noe med det. Det å holde orden på kroppen blir dermed en sosial og moralsk forpliktelse (Haug 1990:26). Når begynner denne prosessen, denne iakttagelsen av kroppens minste detaljer? Haug hevder at kvinnekroppen innordnes under normaliteten fra en tidlig alder gjennom en sentrering rundt kroppen som er særegen for jenter. Små jenter lærer

tidlig hvordan kroppene deres bør se ut, og som voksne kvinner kjenner de standardene ut og inn (Fürst 1998:143).

Ifølge Haug er kroppens ulike deler gjenstand for konkrete vurderinger hva angår størrelse, form og fasong (Haug 1990). Denne tendensen gjør seg også gjeldende i mitt materiale. Enkelte av informantene har klare oppfatninger om hvordan forskjellige kroppsdelene bør se ut. Flere av kvinnene syntes at de veide noen kilo for mye, at fordelingen av kilo var feil, og at de overflødige kiloene samlet seg på områder som mage, rumpe og lår. Disse kroppsdelene pekes ut som typiske problemområder for kvinnene. Ifølge Widerberg er alle kvinners kroppsdelene objekt for regler, standarder og normer, som kvinnene lærer tidlig og blir drillet i (Widerberg 1989). Denne utviklingen, som innebærer at kvinner i økende grad fremstilles med fokus på bestemte kroppsdelene, kan man se blant annet i tv-reklamer.

Linda beskriver forholdet til kroppen før hun fikk brystkreft som godt. Hun var fornøyd med hvordan hun så ut og min tolkning er at hun knytter mye av dette til kroppens vekt:

Jeg har aldri vært veldig kroppsfixert sånn sett, men så har jeg jo vært heldig da... og vært slank. Selv om jeg nok var mer beinskranglete enn jeg var slank! Og når du er tynn, så får du ofte høre at du ser forferdelig ut, og at nå har du tapt deg siden sist. Men det der var jeg så vant med at det gjorde meg ingenting! Jeg har i alle fall aldri behovd å skamme meg fordi at jeg har vært for tykk eller noe sånt noe.

I: Så vekt har ikke vært...

Linda: Nei, det har aldri vært noe fokus. Jeg har aldri behovd å tenke på hva jeg har spist i så måte, eller noe sånt.

Linda sier at hun har sluppet å skamme seg over å være tykk. Dette har ikke bare med de fysiske kiloene å gjøre, men de sosiale tolkningene man gjør (Hammer 1998:47). Kroppen avslører mye om normene og verdiene som eksisterer i det samfunnet vi lever i (Skårderud og Isdahl 1998). Utsagnet til Linda illustrerer hvordan overvektige mennesker oppfattes i vår kultur. Det følger et stigma med å være overvektig, det anses som ulekkert og usunt. Flere forfattere hevder at den moderne kroppsoppfatning "heller mot å fremstille kroppen, både dens overflate og dybde, som noe som kan underkastes viljen" (Druesund 1998:235). Det innebærer at kroppens fremtoning blir en slags moralsk test. De ytre trekk blir et uttrykk for de indre kvalitetene, og det å ta vare på kroppen blir et spørsmål om karakter og viljestyrke. Den trente, faste og slanke kroppen gir klare signaler om en disiplinert og viljesterk person som er i stand til å kontrollere seg og sin verden (Søndergaard 1996:94). Dette er i tråd med

Haug som hevder at en kvinnes forhold til kroppen er moralsk i den forstand at det er måten hun forvalter kroppen på som bestemmer hennes verdighet (Haug 1990:25).

Mitt materiale peker i retning av at vekt utgjør en sentral komponent ved kroppsforståelsen til flere av kvinnene. De fleste kom spontant inn på kroppens vekt da jeg ba dem beskrive sitt forhold til kroppen. Mitt inntrykk er at dersom man skal snakke om forholdet til kroppen, så er det kroppens vekt man snakker om. Både de som er fornøyd og de som er mindre fornøyd med kroppen snakker om vekt, og normaliteten utgjør referansepunktet for kroppens fremtoning. Flere forfattere er opptatt av hvorfor vekt har en så sentral betydning for hvordan kvinner oppfatter kroppene sine (Brownmiller 1986, Lundgren 2001, Søndergaard 1996). De ser det i sammenheng med hvordan kvinnekroppen og mannskroppen iscenesettes kulturelt. Mannskroppen skal være stor, hard og muskuløs, mens kvinnekroppen skal være smal og nett. På denne måten underbygges og fremføres forskjellen mellom kjønnene, og man viser at man behersker de kulturelle kravene.

En del av kvinnene har vært på slankekur som en følge av at de har vært misfornøyd med vekten, men de er nøye med å understreke at det var for egen skyld. Noen fleiper med mislykkede og halvhjertede forsøk på å gå ned i vekt, noe som kan tyde på at de har et relativt sunt og avslappet forhold til det.

Ja, jeg har vært på noen sympatiskankekurer med venninnene mine, men jeg har egentlig ikke selvkontroll til sånne ting. Jeg er altfor glad i mat! Og jeg har egentlig et veldig avslappa forhold til det, tror jeg (Siri).

Ifølge Giddens har kroppen fått en helt unik status i det moderne fordi vi gjennom kroppen formidler hvem vi er og hvem vi ønsker å være. Vi underlegger oss ulike kroppsregimer for å bygge og forme den ”riktige” kroppen. Giddens fremhever slankeregimet som det mest utbredte (Giddens 1996:120). Karin er en av dem som slanket seg i perioden før hun ble syk. Hun la om kostholdet og gikk ned mange kilo. Hun er svært fornøyd med resultatet. Hun uttrykker frustrasjon over det hun oppfatter som usunn slanking:

En av tingene er at jeg, store deler av livet mitt, har hatt noen kilo for mye. Jeg har alltid vært misfornøyd, og det har vært noe jeg ønsket gjøre noe med, men ikke klarte. Så året før jeg ble syk tok jeg tak i det, og klarte det. Det ble vel utløst av at en venninne av meg gikk på pulverkur og en annen venninne fant en sånn Rikshospitalets mist 8 kilo på ti dager-kur omtrent. Hun er en som ville stilt seg lengst frem i køen dersom det kom en pille som man kunne ta og bli tynn av det (ler). Og det provoserte meg veldig, jeg tenkte at det må jo finnes en mer sunn og normal måte å gjøre det der på. Så jeg la om

kostholdet mitt, og klarte å gå ned ganske mange kilo, og det gjorde meg jo ganske happy. Det utseendemessige er jo en ting, men en annen ting er jo at når man går ned så mye som 15 kilo så blir det mye lettere å bevege seg. Jeg fikk jo en konkret helsemessig gevinst i forhold til det i hvert fall.

Vektreduksjonen fører til økt trivsel for Karin. Hun trekker også inn helseaspektet som viktig, men litt senere i intervjuet forteller hun:

Men det var ikke nødvendigvis helse som gjorde at jeg valgte å slanke meg, eller gå ned noen kilo. Det var vel heller det at jeg ønsket meg inn i en mindre kropp. Jeg syntes det var pes å være, ikke overvektig, men lubben da.

Karin sier at hun ønsket seg inn i en mindre kropp. Kan dette forstås som et ønske om å oppfylle de kulturelle forestillingene og forventningene til kvinnelighet og feminitet? Brownmiller hevder at ulikheten i størrelse og styrke mellom kjønnene har fått store konsekvenser, særlig for kvinner som opplever et langt større press på å slanke seg enn det menn gjør (Brownmiller 1986:31). Å konstruere og manipulere kroppen innenfor de rammene som en naturlig feminitet tilsier har blitt en selvfølge for den moderne kvinne. Å beherske de kulturelle kodene gir en følelse av mestring og velvære. Nyere forskning tyder imidlertid på at også menn utsettes for et økende press på å forme og bygge kroppen. For å oppfylle kravene til å være vellykket mann i det moderne må kroppen holdes i orden (Lien 2004, Lilleaas 2004).

En av informantene beskriver forholdet til kroppen før hun ble syk som problematisk. Hun har i perioder slitt med spiseforstyrrelser. Hun er den eneste som sier at det å være tynn har vært et fokus:

Jeg er på en måte opptatt av helse også. I hodet var det nok viktig å trene for helsas skyld, men det er klart at når man har problemer i forhold til kropp så er det nok det å være tynn som er viktigst til slutt. Det er det som står øverst når man går ut og trener. Da er det kroppen som står øverst. Hjertet jobber for kroppen på en måte og hodet jobber for helse.

Materialet kan tyde på at flere av kvinnene har reflektert mye over kroppen sin. Mitt inntrykk er at de jevnlig har passet på kroppens form, fasing og vekt. Det å ha kontroll over kroppen kan gi en følelse av å være vellykket. Et interessant aspekt er at kvinnene som har slanket seg understreker at det var for egen skyld. Individualitet, selvstendighet og frihet til å velge er fremtredende trekk ved moderniteten. Spørsmålet er imidlertid om slanking bare er et personlig og frivillig valg. Kan det også handle om kollektiv konformitet? Giddens hevder at

slanking har blitt en livsstil for mange kvinner. Det er noe ”alle” gjør (Giddens 1996). Å trimme, slanke og forme kroppen er blitt en så vanlig og integrert del av mange kvinners liv at man knapt nok reflekterer over om det ligger individuelle eller mer strukturelle årsaker bak.

Ikke helt fornøyd, men komfortabel?

Til tross for at flere av kvinnene ikke var helt fornøyd med kroppen før de fikk brystkreft, og det var vekten som var problemet, er det imidlertid grunn til å nyansere dette bildet. De fleste informantene forteller at de hadde et godt forhold til kroppen på denne tiden, selv om kroppen ikke oppfylte de ideelle standardmålene. De syntes ikke at kroppen var perfekt, men de var stort sett fornøyd. Mitt inntrykk er at kvinnene var relativt avslappet og komfortable med den kroppen de hadde, til tross for at de påpeker feil og mangler. Miriam sier at hun var ”sånn passe fornøyd” med kroppen:

Altså, sånn omtrent som de fleste, tror jeg. Det er jo alltid noe man ikke er så fornøyd med, men sånn alt i alt så var jeg fornøyd med meg selv. Og jeg har alltid vært opptatt av å være godt trent da, eller veltrent. Sånne ting. Trent for å holde kroppen ved like da, det gjorde jeg. Og det ble det jo mindre av etter jeg ble syk. Sånn sett så så man jo at muskler forsvant. Sånne ting, det ble mer synlig, egentlig. Altså... nei, jeg har vel vært middels fornøyd hele tiden. Ikke tenkt på at det er noe som er veldig problematisk.

Trine forteller at hun hele livet har slitt med noen kilo for mye, ”men det gjør vi jo alle sammen”. Hennes kommentar er interessant. Hun antyder at det eksisterer en felles forståelse blant kvinner om at kroppen ikke er perfekt. Det er altså normalt å ikke være fornøyd med kroppen, det er sånn alle kvinner har det. Videre sier hun:

Jeg prøver å godta kroppen min som den er, og det har jeg bestandig gjort, selv om jeg har tenkt tanken på at jeg gjerne vil være annerledes, jeg også. Jeg vil se sånn ut og jeg vil se sånn ut. Men jeg vet at det krever veldig mye for å få det bra, så da bruker jeg ikke krefter på det! For det er uvesentlig.

Utsagnet gir et godt bilde av hvordan kvinnene i denne studien opplever kroppene sine. De vet utmerket godt hva som er idealet, men også at det krever mye innsats og disiplin for å oppnå den ”riktige” kroppen. Lundgren hevder at kvinnen og kvinnelighet knyttes til det overfladiske og ytre, mens mannlighet oppfattes som noe ekte og naturlig (Lundgren 2001:94). Kvinnen må derfor ”skapes”, og dette skjer ved at kroppen formes, trimmes og skulpteres (Lundgren 2001:106). Det hersker bred enighet blant informantene om at man bør akseptere den kroppen man har og gjøre det beste ut av det. Et aspekt som kan ha betydning for denne innstillingen til kroppen er informantenes alder. Kvinnene befinner seg i forskjellige

faser i livet, noe som kan påvirke hvilke vurderinger de gjør i forhold til kropp og utseende. Likevel er de i en alder hvor man kan anta at de ikke utsettes for like kraftig kroppssentrering som yngre kvinner og jenter.²⁷ Jeg ser imidlertid en forskjell mellom de yngre og litt eldre kvinnene i materialet. På mine spørsmål om de ulike kroppsdelenes betydning får jeg ofte svar som ”jeg er ikke så opptatt av dette med kropp” av de som er eldre. De yngre er mer åpne for spørsmålene angående kroppen, og de gir gjerne mer konkrete og detaljerte beskrivelser når det gjelder kroppsdelenes fasong og størrelse.

Før de ble syke var det ingen av kvinnene som hadde problemer med å vise frem kroppen i ulike sosiale sammenhenger, for eksempel på stranda, i garderoben, eller i svømmehallen. Dette understøtter kvinnenens utsagn om at de hadde et avslappet forhold til kroppen og det å presentere den for andre. Det var imidlertid variasjon i graden av naken eksponering. Noen likte å sole seg toppløs, mens andre foretrakk å dekke seg mer til. Kvinnen som beskriver forholdet til kroppen som vanskelig hadde heller ikke problemer med å vise frem kroppen. Hun tror at hennes problematiske forhold til kropp i liten grad har vært synlig for omverdenen:

Jeg hadde ikke problemer i forhold til sex, jeg hadde ikke problemer i forhold til... jeg gikk på stranda, jeg gikk i svømmehall og jeg skifta i garderobe sammen med andre. Sånn sett hadde jeg ikke problemer, det var nok ingen utenfra som tenkte på at jeg hadde problemer.

I lys av at enkelte uttrykte misnøye med kroppen før de ble syke, spurte jeg om det var noe de ønsket annerledes med kroppen på denne tiden. Det var noen som ønsket seg en slankere kropp, flatere mage, mindre rumpe og lår, strammere og mer trent kropp, større eller mindre pupper. Uttalelsene viser igjen at kvinnene reflekterer mye over kroppens ulike deler og deres form og fasong. Dette er i tråd med Haug og Widerberg som hevder at kvinnekroppens ulike deler forventes å oppfylle spesielle mål og standarder (Haug 1990, Widerberg 1989). En kvinne sier:

Altså, det kommer jo av og til noen tanker om at man kunne ønske seg store pupper, lengre fingre, lange negler, eller jeg vet ikke hva. Men det er nokså normalt. Man leser et par ukeblader og ser bilder av noen trettenåringer i alle utgaver, med masse sminke på. Så blir man jo påvirket av det (Karin).

Haug påpeker at utvalget av sosialt legitime kvinnekropper er mer snevert enn utvalget av legitime mannskropper. Kvinner utsettes derfor for et sterkere press på å forme kroppen enn

²⁷ En undersøkelse fra 2000 viser at kroppsfokuset oppleves som ekstra sterkt for ungdom (Bengs 2000).

det menn gjør, hevder hun (Haug 1990). Selv om flere av kvinnene i denne studien trekker frem ting de ønsket seg annerledes med kroppen i forkant av sykdommen, var det for de fleste ikke endringer de seriøst vurderte å gjennomføre. Bare en av informantene sa at hun kunne tenke seg å fikse på utseendet ved hjelp av kosmetisk kirurgi. Kvinnene fremhever heller et sunt kosthold og mosjon som nøkkelen til en ”bedre” kropp. Dette kan ha sammenheng med at informantene har en sterk overvekt av utdanning og refleksjon, ikke minst fordi de er rekruttert på den måten de er, gjennom FFB. Det var også flere av kvinnene som ikke ønsket seg noe annerledes med kroppen. De betegner feilene og manglene som bagateller i den store sammenhengen. Ønsket om en annerledes kropp var ”bare tanker som kom en gang i blant”, ”det er alltid noe som kunne vært annerledes”. Kvinnene sier at de var rimelig fornøyd uansett.

På mitt spørsmål om det var noen kroppsdelene hun var spesielt fornøyd med, svarer en informant:

Nei. Jeg følte meg ganske vanlig, normal, sånn sett. Jeg har ikke vært så veldig opptatt av... hva skal jeg si? Kroppsfiksering i så måte. Jeg er et helt vanlig, normalt menneske der, tror jeg (Liv).

Informanten er litt ambivalent i svaret sitt. Jeg tolker det som at hun er opptatt av å gi et bilde av seg selv som en normal og sunn person som er lite fiksert på kropp. Mitt inntrykk er at de fleste måtte gi et benektende svar på mitt spørsmål om de hadde vært mye engasjert i kroppen. Ingen var spesielt opptatt av kroppen, ”ikke mer enn normalt”, ”nei, jeg er ikke noe sånn kroppsfiksert, nei”. Det er viktig for kvinnene å ikke fremstå som kroppsfikserte, det oppfattes som negativt. Her kan også alder ha betydning. Kvinnene befinner seg i en aldersgruppe som ikke utsettes for den mest ekstreme kroppsfokuseringen, og flere av dem forbinder kroppsfiksering med yngre jenter og ungdomskultur. Jeg spør Trine om hun har vært opptatt av helse og trening:

Jeg har ikke vært spesielt opptatt av helse, men jeg har jo prøvd å holde kroppen litt i aktivitet. Dette fordi jeg synes det er gøy, ikke fordi jeg vil forandre kroppen min. Jeg har et veldig avslappet forhold til mat og trening.

Felles for kvinnene er at de er opptatt av helse, trening og kosthold av de riktige grunnene. Det må ligge mer bak enn å få en fin og slank kropp, ”hvis ikke ville det bare vært tragisk” sier en informant. Man kan spørre om dette er et uttrykk for en politisk korrekt holdning, men mitt generelle inntrykk er at kvinnene setter helse og sunnhet foran mer utseendemessige

forhold. Det er kun kvinnen som har hatt spiseforstyrrelser som innrømmer at hun trente for å få en tynn kropp. Det varierer i hvilken grad informantene har vært i fysisk aktivitet. Flere har deltatt i organisert idrett, andre har holdt kroppen i aktivitet på eget initiativ, mens noen ikke har trent i det hele tatt. En tendens i materialet synes å være at de yngre kvinnene er mer opptatt av trening, flere av dem trener regelmessig.

Jeg fikk en fornemmelse av at en del av kvinnene vegret seg for å gi meg beskrivelser av hvordan den ideelle kvinnekroppen ser ut. Da jeg spurte dem om hva de anså for å være de gjeldende idealer for kropp og utseende i vårt samfunn, kunne de si ”jeg bryr meg ikke så mye om det ytre, jeg”. De var kanskje bekymret for at jeg skulle tro at de ga sin tilslutning til idealene? Kvinnene fremhevet i stedet personlighet og utstråling i møtet med nye mennesker. Da de først hadde fått uttrykt sin misnøye og frustrasjon over idealene var det imidlertid ingen som hadde problemer med å gi en beskrivelse av den ideelle kvinnekroppen: å være slank, ha en fin figur og et pent ansikt. De understreket imidlertid at dette var samfunnets idealer, ikke deres egne. Deres bilder av hvordan en flott kvinne ser ut, varierte mer. Noen la vekt på kvinnelige former, å være litt frodig var bare flott. Andre la mer vekt på klesvalg, om man er typete og røff eller klassisk og elegant.

Informantene som er eldst mener at kroppsidealene har endret seg betraktelig, og at kroppsfokuseringen har blitt langt mer ekstrem og påtrengende enn da de selv var unge. For flere av dem representerer dagens kroppsidealer noe annerledes, noe de ikke helt klarer å forholde seg til. Det angår ikke dem lenger, de har blitt for voksne, sier de. En forklaring på den avslappede holdningen kan være kvinnes alder. Med alderen har de blitt mer selvsikre, og kropp og utseende har ikke lenger så sentral betydning. De uttrykker imidlertid sterk bekymring for den effekten kroppssentreringen har på barn og unge. Mange av informantene har barn, og de som har gutter uttrykker lettelse fordi de tror at jenter er utsatt for større konformitetspress i forhold til skjønnhetsidealene. Spesielt fortviler de over tynnhetsidealet, og de peker på det problematiske ved å dyrke en kroppstype som de aller færreste jenter eller kvinner passer inn i.

Jeg synes det er trist at det er sånn! For jeg føler at jeg aldri har passet inn i den malen der, og jeg gjør det fremdeles ikke, og jeg skjønner ikke hvorfor jeg skulle gjøre det (Karin).

Gjennom kvinnes fortellinger fikk jeg innsyn i hvilke vurderinger de gjør i forhold til kropp og utseende. I lys av at normaliteten viste seg å være referansepunkt for mange av kvinnene når det gjaldt kroppens vekt og fasong, er det interessant å se om det har vært like stor grad av refleksjon rundt brystene.

Forholdet til brystene før sykdommen

Hvilke konkrete vurderinger man gjør angående kroppens ulike deler er til dels noe personlig og individuelt, dels noe sosialt og kulturelt. I den vestlige kulturen er det vanlig å anse brystene som en seksuelt ladet kroppsdel, en seksuell attributt. Denne oppfatningen gjør at kvinners bryst betraktes og gjengis på en bestemt måte. Det er brystenes rolle som presentasjonsobjekter som fremheves, mens de biologiske og funksjonelle sidene tones ned (Yalom 1999:9). Med dette som bakgrunn spurte jeg kvinnene om deres forhold til brystene før de fikk brystkreft. Jeg ønsket å finne ut hva brystene betydde for dem. Symboliserte brystene forskjellige ting for kvinnene?

En kvinne forteller at brystene alltid har vært viktige for henne. Hun kommer spontant inn på opplevelser og erfaringer med brystene fra ulike stadier i livet.

Brystene er en vesentlig del av meg. Jeg har gjennom alle år, inntil jeg kom i overgangsalderen og ble så voksen, vært et beinrangel egentlig. Men brystkassen har alltid vært der! Fra den kom... Så det var en vesentlig del av kroppen egentlig (Linda).

Jeg arvet bh'en til søsteren min. Da vokste jeg ikke fort nok inn i den, så jeg sydde den inn (ler). Så pupper har vel betydd noe for meg fra de begynte å komme. De har nok det. (...) De har vært en symmetrisk del av kroppen. De hører med der liksom! Ja, som aller yngst så syntes jeg de var for store, da bøyd jeg nesten ryggen for å skjule det litt. Men oppover senere år så har det ikke vært noe jeg har skammet meg over. Jeg har likt å gå med utringet tøy, særlig om sommeren (Linda).

Det er tydelig at Linda tillegger brystene stor betydning. Hun anser dem som en symmetrisk og vesentlig del av kroppen, og dermed en viktig del av henne selv. Ifølge Lundgren representerer brystene noe mer enn seg selv, de fungerer som kjønns kjennetegn. De signaliserer ikke bare kjønnsstilhet, men også kjønnsidentitet (Lundgren 2001:107-108). Brystene er et uttrykk for kvinnelighet og feminitet, og tidligere forskning viser at kvinner verdsetter deler av kroppen som har å gjøre med kjønnsidentiteten (Reiten og Schjølberg 2004:90). For flere av kvinnene har imidlertid brystene "bare vært en del av kroppen" som de ikke har vært spesielt opptatt av. Da jeg spurte Miriam om hun var opptatt av brystene sine, fortalte hun at hun alltid har hatt små bryst:

Så egentlig er det vel ikke det jeg har fokusert mest på. Det har ikke vært mine fordeler akkurat (ler). Det er vel kanskje en av de tingene som jeg var minst fornøyd med faktisk.

Ifølge Yalom kan det være vanskelig for en kvinne å ha et godt forhold til brystene sine dersom de ikke er konforme med de estetiske idealene (Yalom 1999:12). Miriam gir uttrykk for at brystenes størrelse har noe å si for hvor fornøyd man er. Det er tydelig at små bryst ikke er ønskelig, de skal helst være av litt størrelse. Men det er også negativt med altfor store bryst, det anses som tungt og plagsomt. Det er flere som kommer inn på størrelse, deriblant Siri. På mitt spørsmål om det var deler av kroppen hun var spesielt fornøyd med, svarer hun:

Ja, jeg var faktisk særlig fornøyd med puppene mine. Det var den eneste tingen jeg i hvert fall hadde noe i forhold til enkelte andre. Ja, det var ganske greit. Jeg kjøpte mye klær og sånn, i og med at jeg hadde litt å putte inn i klærne.

Da jeg spurte kvinnene om deres forhold til kropp og vekt var det flere som uttrykte misnøye, og det var liten tvil om hva som ble oppfattet som normaliteten. Det samme er ikke tilfelle når vi snakker om forholdet til brystene. De sterke meningene som kommer til uttrykk når vi snakker om kropp og vekt er nærmest fraværende når vi snakker om brystene, og det virker som kvinnene generelt har fokusert lite på brystenes utseende. De kommer inn på størrelse, men ellers legger de ikke konkrete vurderinger til grunn når det gjelder form og fasong. Materialet kan tyde på at idealene for bryst ikke er like uttalte og strenge som idealene for andre deler av kroppen. Det er flere som forteller at de ikke var helt fornøyd, de ville gjerne hatt større eller fastere bryst, men mitt inntrykk er at det ikke satt like dypt som kroppens vekt. En forklaring kan muligens være at brystene lettere kan skjules, formes og pushes opp ved bruk av bh. Kroppens vekt og fasong er derimot mer synlig, og får kanskje mer oppmerksomhet enn brystene. Det er kanskje lettere å ikke være konform til brystidealene enn til kroppsidealene?

Undersøkelser viser imidlertid en økning i antall brystforstørrende operasjoner i Norge (Helsenett 2005). Til tross for mye negativ medieomtale de siste tjue årene velger fortsatt mange kvinner å operere brystene slik at de sammenfaller med standardmålene. Wolf argumenterer for at økningen i kosmetiske brystoperasjoner skapes av en kultur som sensurerer bort bryst som ikke svarer til idealene. Hun hevder at mediens presentasjon av kvinnebrystet stemmer dårlig overens med virkeligheten, og det gir kvinner et feilaktig og forvrengt bilde av egne bryst (Wolf 1990:205-206).

Brystets mening

I forkant av intervjuene hadde jeg en antagelse om at kvinnene ville knytte brystene til kvinnelighet, femininitet og identitet. Det gjorde de i mindre grad enn jeg hadde ventet. Ingen sa at de oppfattet brystene som en viktig del av kvinneligheten, selv om det lå implisitt i enkelte uttalelser. Men da jeg senere i intervjuet spurte kvinnene om hva bryst kan bety i forbindelse med å få en brystkreftdiagnose var svarene noe annerledes. Her reflekterer de mer over brystenes mulige symbolske betydninger. Utsagnene til en av kvinnene kan eksemplifisere dette. På spørsmål om brystene var viktige for henne før hun fikk brystkreft svarer hun kort: ”Nei, de var bare en del av kroppen”. Senere i samtalen spør jeg om det var viktig for henne å beholde brystet da hun fikk diagnosen: ”Ja. Altså... det er sant at man kobler brystene med femininitet, og for meg så er det veldig viktig å være feminin”.

Hvorfor sier hun først at brystene bare var en del av kroppen? Med dette kommuniserer hun at brystene ikke var viktige for henne. Jeg kan ikke gi noe godt svar på dette. En mulig tolkning er at det skjer en omdefinering og kanskje nedvurdering av brystenes betydning. Dersom brystene var viktige i forkant kan det være behov for å nedtone deres betydning sett i lys av at man står overfor kreft. Det er kanskje lettere å si at brystet ikke betydde så mye i utgangspunktet? Motsigelsene kan også si noe om behovet for å opprettholde et selvilde om at det ikke har skjedd forandringer for kvinnen (Hammer 1998:76). En annen kvinne forteller at hun var stolt av brystene sine før hun ble syk, ”men om jeg var klar over det da, eller om det er noe jeg har forstått etterpå, det vet jeg ikke”. Hennes kommentar illustrerer at det kan være vanskelig å fremkalle hvor mye brystene betydde for henne før det ble fjernet. Dette var noe jeg måtte ta hensyn til, og for meg ble det en utfordring å analysere kvinnenens forhold til brystene før og etter operasjonen. Kvinnenens svar kan være påvirket av det de har opplevd i forbindelse med sykdommen.

Refleksjoner rundt det å fjerne eller beholde brystet

I denne delen skal jeg belyse kvinnenens refleksjoner rundt det å fjerne eller beholde brystet. Kvinner har ulike følelsesmessige investeringer i brystene, og hvilken betydning de tillegges varierer. Jeg hadde derfor en antagelse om at noen kvinner synes det er greit å fjerne brystet, mens det for andre nærmest er en umulig problemstilling. Jeg har valgt å se på de som har fjernet brystet og de som har beholdt brystet hver for seg da de befinner seg i ulike situasjoner. Jeg antar at konsekvensene for kroppsupplevelsen vil være større dersom brystet fjernes enn hvis det bevares. Hovedvekten vil derfor ligge på de som har fjernet brystet.

"Bryst er noe du skal ha to av"

På mitt spørsmål om hvorfor noen synes det er greit å fjerne brystet, mens det for andre er nærmest umulig, svarer en kvinne som selv har fjernet brystet:

Det er jo det at brystet er en veldig viktig del av det å være kvinne. Og det er jo det menn fokuserer på; bryst. Alle fokuserer på bryst, det er noe du skal ha to av, ikke sant? Det er mennene som er flate, og fjerner du brystet blir du jo helt mann (Gro).

For det første fremhever Gro brystene som en viktig del av det å være kvinne. Bryst signaliserer at man er fullverdig kvinne og fremhever samtidig forskjellen mellom kjønnene. "Fjerner du brystet blir du jo helt mann", sier Gro. Ifølge Lundgren må kvinnekroppen være ren fra mannlighet, fravær av mannlige tegn er å være kvinne (Lundgren 2001:106). Den som ikke kan fremvise tegnene på at man er ekte kvinne anses som uattraktiv eller mislykket. Lundgren skriver: "Kroppens symbolske representasjon synes å være viktig som bevis på indre ekthet. Den symbolske kroppen signaliserer ikke bare kjønnstilhørighet, den signaliserer også kjønnsidentitet, og mannlige tegn på kvinnekroppen kan så tvil om ektheten" (Lundgren 2001:108). For det andre trekker Gro frem bryst som objekt for menns kritiske vurdering og det å være offer for en annens blick. Flere av informantene uttrykker frustrasjon over menns brystfiksering. Trine opplever at menn fokuserer på det ideelle brystet:

Det er jo bare en kjensgjerning at det er mange som synes det er veldig viktig å ha brystene sine der. Det kan jo være en del, med tanke på at det er mange som ikke har en fast partner, at de skal ut i markedet... Og det er ikke til å stikke under en stol at mannfolk er puppefiksert. Det er veldig viktig for mange mannfolk. At de skal være sånn og sånn. De skal være store, de skal være små, de skal være fyldige, de skal være faste. Altså, absolutt alt, kan mannfolk finne på å tenke på!

Ifølge Haug eksponeres kvinnekroppen som objekt for andres blick i vår kultur. Denne prosessen starter tidlig, og Haug hevder at jentekroppen seksualiseres på en annen måte enn guttekroppen. Ulike kroppsdeler lades med seksuell betydning, og i vår kultur har spesielt kvinnebrystet fått status som en seksuell attributt (Haug 1987). Trines uttalelse kan tolkes dit hen at det er det mannlige blikket som definerer situasjonene, og det mannlige blikket definerer at kvinnebryst har å gjøre med seksualitet (Sølvberg 2001:63). Trine kommer også inn på hva som er de estetiske standardene for kvinnebryst. Hun gir uttrykk for at det er menn som legger premissene for hvordan brystene skal se ut. Dette er i tråd med betraktningene til Yalom. Hun hevder at kvinner i liten grad har fått bestemme over egne bryst, det er menn som har definert idealene for kvinnekroppen gjennom historien (Yalom 1998). Ifølge Brownmiller idealiseres en type brystform i Vesten: det faste, runde og ungdommelige bryst (Brownmiller

1986:42). Hun synliggjør kvinnebrystets utsatte posisjon: hva og hvem er brystet egentlig til for? Er det et erotisk og seksuelt organ, et melkeproduserende organ, eller er det en del av kroppsidentiteten? Brystets mange meningsaspekter har gitt det en tvetydig status. Det er først og fremst brystene som presentasjonsobjekter og seksuelle attributter som fremheves, ikke sidene knyttet til funksjon, biologi og sykdom (Brownmiller 1986, Wolf 1990).

”Brystene er deres identitet”

Individualitet og personlighet formidles gjennom kroppen og i denne sammenheng utgjør bryst noe mer enn en kroppsdel, de fungerer som et uttrykk for både selvidentiteten og kjønnsidentiteten. Fra flere hold har det blitt hevdet at kroppen har en mer grunnleggende plass i dannelsen av kvinners identitet enn den har for menn (Tseëlon 1995, Brownmiller 1986, Haug 1990). Haug peker på den sterke koblingen mellom identitet, kropp og moral som gjelder for kvinner. Ifølge henne er den kvinnelige identiteten sterkere sentrert rundt kroppen enn den mannlige identitet fordi kvinners sosialisering skjer via kroppen. Brownmiller fremhever brystene som det fremste symbolet på den kvinnelige skjønnheten. I forlengelsen av dette hevder kjønnsforskeren Efrat Tseëlon at utseende er en definerende faktor for kvinner, både når det gjelder hvordan andre oppfatter henne og hvordan hun opplever seg selv (Tseëlon 1995). Hennes påstand er at skjønnhet er knyttet til den kvinnelige identiteten, med dette mener hun at skjønnhet for kvinner er et krav om identitet (Tseëlon 1995:77). Flere av informantene mine kommer inn på brystenes betydning for identiteten. En kvinne sier:

Det er veldig mange som tenker på det. Altså, jeg tenkte aldri på det, men det er veldig mange som er redde for å miste det ene brystet. For de vet ikke hvordan de reagerer. Ja, for mange er brystene deres identitet! Fordi de er sånn og sånn, det er jo ikke til å komme bort fra at de stikker seg fram! Det er jo det som kommer først, uansett, når du går framover. Enten du vil eller ikke (Trine).

Utsagnet til Trine kan tyde på at hun ikke knytter sine egne bryst til kvinneligheten og identiteten. Men hun tror andre kvinner gjør det. En annen informant sier: ”Flere ser ut til å legge mye av kvinneligheten i brystene sine, men det har aldri jeg gjort!”. Jeg tolker det slik at kvinnene viser forståelse for at brystene har stor betydning som identitetsskapende organ for andre, men at de selv ikke oppfatter brystene sine på den måten. Når informantene forteller hvordan de tror andre kvinner oppfatter sine bryst, trekkes kvinnelighet, identitet og selvfølelse inn, men de understreker at de selv ikke gjør de samme vurderingene. Når de snakker om egne bryst bruker de andre ord.

Hvorfor det er slik er det vanskelig å gi et godt svar på. Kvinnebrystet er mettet med mening, og dets tvetydige posisjon medførte store utfordringer i analysearbeidet. I forrige del belyste jeg kvinnes forhold til brystene før de ble syke. Mange forteller at brystene ”bare var en del av kroppen”. I denne delen snakker kvinnene mer generelt om hva bryst kan bety og hvilke tanker som aktualiseres i forbindelse med en brystkreftdiagnose. En mulig årsak til at informantene snakker om andre kvinner og ikke seg selv, kan være måten jeg stilte spørsmålene på. En annen forklaring kan være at det er forskjell på hvordan kvinner som har hatt brystkreft betrakter sine bryst og hvordan brystene betraktes fra utsiden, fra kulturens og samfunnets side. Det kan være grunn til å tro at sykdommen får innvirkning for vurderingene kvinnene gjør i forhold til brystene. Det er ikke brystet som et identitetsskapende organ eller symbol på kvinnelighet som vektlegges, men en syk kroppsdel. Gjennom sykdommen blir kvinnene konfrontert med at brystet ikke bare kan gi liv, men også ta liv. Yalom skriver: ”For en kvinne er brystene hennes bokstavelig talt legemliggjørelsen på den eksistensielle spenningen mellom liv og død - i en synlig og håndgripelig hånd” (Yalom 1999:13). I lys av dette kan man tenke seg at det skjer en omdefinering og nedvurdering av brystets betydning. Ifølge Solheim reduseres den kreftsyke kroppsdel til noe som må fjernes for at man skal kunne overleve (Solheim 1998:122).

Alder og livssituasjon

Da jeg spurte kvinnene om hvilken betydning alder og livssituasjon kan ha for hvordan man reflekterer rundt det å fjerne eller beholde brystet, varierte det litt hva de trodde. I utgangspunktet trodde flertallet at alder skulle ha stor betydning, at det er verre å miste et bryst når man er ung. Flere har imidlertid endret mening etter å ha møtt mange brystkreftopererte som tar det tungt, uansett alder. Miriam var i slutten av tjuårene da hun fjernet brystet. Hun mener at alder ikke er så viktig, hva bryst betyr er mer individuelt og personlig:

Jeg tror ikke at det har så veldig mye med alder å gjøre egentlig. Det tenkte jeg kanskje først, at det betyr mer når du er ung, men så har jeg møtt eldre som også tar det kjempetungt. Eller eldre og eldre, men la oss si 60-65. Da man kanskje skulle trodd at det ikke betydde så mye. Men... Og så kanskje ut fra hva brystene har betydd for en før da. Sånn sett har det vel kanskje egentlig vært ganske greit for meg. For det var ikke mitt største fortrinn akkurat.

I forhold til livssituasjon er det flere som tror det er tøft å være alene. De er av den oppfatning at det kan være vanskelig å møte en partner i situasjonen man befinner seg. Å fortelle til en

potensiell partner at man har hatt brystkreft anses som spesielt problematisk: ”Og når forteller du det? At du bare har ett bryst. På den første daten?”. De uttrykker lettelse for at de selv var i fast forhold da sykdommen rammet. En av kvinnene var singel da hun fikk diagnosen. Hun møtte sin nåværende mann i denne perioden. Jeg spurte henne om det var vanskelig:

Nei, det synes jeg ikke. For jeg var nok... Nei jeg syntes ikke det. Etter at jeg hadde fjernet brystet, så jeg at det ikke var noe fint. Men jeg tenkte nok at hvis en gutt ikke ville ha meg på grunn av det, så var det vel feil gutt altså! (ler). Hvis det hadde noe å si.

Hun tror andre aspekter er mer avgjørende enn alder og livssituasjon. Dersom brystene har hatt stor betydning for kvinnen i utgangspunktet er det verre å fjerne brystet, mener hun.

Jeg tror det er avhengig av hva du har fått oppmerksomhet for tidligere kanskje. Hvis du har store bryst, kanskje det er det du har fått oppmerksomhet for: “Oj, så flotte pupper du har!”. Hvis det er det du hører på byen, så er det klart at det blir traumatisk å ta bort det ene brystet! Og for de som kanskje har litt sånn guttete kropp, de har fått høre og har vært opptatt av at de har en guttekropp kanskje, men de har i hvert fall bryst! Hvis brystene har vært veldig viktige på forhånd, så skjønner jeg at det er problematisk å ta dem bort!

Dette er ikke overraskende. Tidligere forskning viser at det kan være vanskelig å venne seg til et endret bilde av kroppen. Det er spesielt problematisk å miste en kroppsdel som har vært viktig for det psykiske velværet (Faulkner og Maguire 1998:18). Noen av studiene som er gjort av brystkrefttrammedes situasjon, finner at en del kvinner føler seg mindre tiltrekkende, kvinnelige og feminine etter at brystet er fjernet (Faulkner og Maguire 1998:19).

”Bare fjern det!”

Av de elleve kvinnene i denne undersøkelsen har seks fjernet brystet. Hvordan opplevde de å miste en vesentlig del av kroppen som det er knyttet mye forventninger til, både i forhold til utseende, femininitet og identitet? Hilde forteller hvordan hun reagerte da hun fikk vite at brystet måtte fjernes:

Jeg ble barnslig infam og tenkte at vet du hva, det er veldig greit: Skjær bort alt sammen og kast det. Når det skulle være så ekkelt at det skulle gi meg kreft, så hadde det søren meg ikke noe på min kropp å gjøre! Æsj, vekk med det. Jeg tenkte at når jeg hadde fått det bort så var jeg ferdig med kreften. Sånn tenkte jeg.

I: Det var ingen sorg over det å miste brystet?

Hilde: Nei. Jeg tenkte at et bryst fra eller til, det spiller ingen rolle hvis jeg kan overleve. Og jeg hadde egentlig ikke tanker om at jeg kunne ta brystbevarende for å beholde brystet mitt heller, jeg tenkte bare på å få det bort! Jo før, jo heller.

Det er kreftsykdommen som står i fokus for Hilde. Hun assosierer brystet med noe farlig og ødeleggende. Ifølge Solheim kan kreft forstås som grensekrenkelse. Uansett om kreft oppfattes som indre oppløsning eller ytre ødeleggelse så handler det i bunn og grunn om ”grenseoverskridelser, oppløsning av skillelinjer, tap av distinksjoner” (Solheim 1998:121). Det å oppleve kreft kan sammenlignes med å befinne seg i en tilstand av beleiring ”invadert og okkupert av fiendtlige krefter som bare kan holdes unna ved å gi avkall på en del av seg selv” (Solheim 1998:122). Å fjerne brystet er prisen man må betale for å leve, og for Hilde er ikke denne prisen særlig høy når den settes opp mot selve livet. På denne måten kan kreftoperasjonen forstås som en offerhandling. Brystet reduseres til en ting, noe hun ikke lenger trenger. Sammenlignet med brystkreftens trussel mot livet blir brysttapet mindre viktig (Hammer 1998:110).

Denne tendensen ser jeg hos flere av kvinnene som har fjernet brystet. Gjennom deres fortellinger kommer det klart frem at kreftsykdommen og ønsket om å overleve overskygger brystets betydning. Mitt inntrykk er at de prøver å formidle: ”Det er pent med bryst, men det er ikke så viktig” (Hammer 1998:86). En kvinne sier at det var en kroppsdel hun ikke lenger hadde bruk for, hun var ferdig med å amme barn. Hun knytter brystet til dets biologiske funksjon som melkeproduserende organ, det er det brystet er til for. Flere setter også brysttapet i et annet perspektiv; de sammenligner brystet med andre kroppsdelar og sier at det tross alt er bedre å miste et bryst enn en arm eller et ben. Trusselen kreften representerer fører kanskje til at kvinnene redefinerer verdien i og betydningen av sine bryst? Det kan anses som en slags rasjonalisering der brystet settes opp mot det å være frisk og kunne fungere tilfredsstillende, på den måten endres meningsinnholdet i denne kroppsdel (Hammer 1998:90).

Kvinnene gir uttrykk for at det var greit å fjerne brystet, ingen stilte spørsmålstegn ved legens anbefaling. Mitt inntrykk er at brystet får en annen betydning, det blir noe atskilt. Brystet reduseres til en kroppsdel som må fjernes for at man skal bli frisk. I denne sammenheng vektlegges ikke symbolske aspekter ved kvinnebrystet, for eksempel brystet som identitetsskapende organ eller som symbol på kvinnelighet. Det rasjonelle, praktiske og fornuftige råder. Først og fremst er det en fysisk splittelse som er nødvendig for å overleve, men det er også noe mer. Det er nødvendig å godta atskillelsen for å opprettholde et selv bilde og en identitet. At brystet er borte er ikke så farlig, jeg er fortsatt meg selv. Solheim skriver: ”Det er som om denne distinktive handling representerer det som er nødvendig for å dra

grensen mellom det som er og det som ikke er, mellom innside og utside – mellom selvet og det andre” (Solheim 1998:123). Videre skriver hun: ”Splittelsen må på en eller annen måte heles, såret må lukkes – hvis ikke vil det fortsette å hjemsøke oss og plage oss for bestandig. Denne avstengningen er en kronglete sak, fordi den er en motsigelse i seg selv – for at offersåret kan lukkes må det på en og samme tid vedlikeholdes og fornektes. Det som er tapt må samtidig bli husket og glemt” (Solheim 1998:127).

Funnene er i tråd med en av antagelsene jeg hadde i forkant: jo sykere du er, jo mindre betyr brysttapet. I forlengelsen av dette hadde jeg også tanker om at de som har fjernet brystet fokuserer mindre på brystet enn de som har beholdt det. De har ikke hatt noe valg, brystet måtte fjernes, og i en slik situasjon vil kreftsykdommen dominere. En kvinne nærmest blåser av meg når jeg spør om hun følte sorg over tapet av brystet sitt:

Nei, alle går og snakker om at du skal ha en stor sorgreaksjon, og har mistet en del av kroppen din. Det er det største pisspreiket jeg har hørt! Rett og slett. Du har fått en gylden sjanse til å leve videre, ta den da! Det blir så feil, for alle forventer den sorgreaksjonen. Jeg blir jo spurt om det ennå på sykehuset, og nå kommer jeg faktisk til å late som jeg har ligget hjemme og grått, for jeg gidder ikke det spørsmålet lenger! Ja, få det i protokollen, hun har hatt en normal reaksjon. Ferdig med det. Det blir for dumt (Siri).

Kvinnene hadde ulike følelsesmessige investeringer i sine bryst før de ble syke, men alle gir uttrykk for lettelse etter at brystet var fjernet. Først da kunne de begynne å se fremover. De fleste forteller at de ikke sørget over brystet. Sara sier at hun raskt godtok at brystet var borte, men hun hadde noen tunge stunder i etterkant:

Jeg godtok det nok allerede på sykehuset. Men jeg gråt litt over det (brystet), det gjorde jeg noen ganger. Noen måneder etterpå hendte det at jeg var lei meg. At jeg stod foran speilet og gråt fordi brystet var borte. Og det hendte at jeg tok på arret. Men jeg godtok det med en gang. Det gjorde jeg. Fordi det hadde liten betydning synes jeg. Det hadde veldig liten betydning. Jeg kunne fungere etter hvert, og da jeg så at jeg faktisk kunne bruke armen, så fungerte jeg jo akkurat som før (Sara).

Felles for flere av kvinnene, både de som har fjernet og de som har beholdt brystet, er at de har fjernet lymfekjertler under armen.²⁸ Det kan føre til problemer med armfunksjonen, og kvinnene var svært bekymret for hvordan armen ville fungere i etterkant av operasjonen. Tanken på en vond arm som ikke fungerte overskygget tapet av brystet for mange. Dette var noe jeg først ble klar over underveis i datainnsamlingen. Problematikk rundt kroppsfunksjon

²⁸ Ved operasjonen fjernes ofte lymfekjertler i armhulen, noe som kan føre til lymfeødem, nedsatt bevegelse og følsomhet (Kåresen m.fl.2004).

utgjorde ikke en del av min forforståelse, og det bidro til at jeg i noen sammenhenger overvurderte brystets betydning. Jeg hadde hovedfokus på utseendemessige forhold, mens flere av kvinnene var mer opptatt av at armen skulle fungere tilfredsstillende. Det kan peke i retning av at kvinnene også har et funksjonelt syn på kroppen. Vansker med armen oppfattes som et større problem enn det utseendemessige, at man mangler et bryst blir i denne sammenheng uvesentlig. Å fungere i hverdagen og leve et liv tilnærmet det man gjorde før vurderes som viktigst. Dette er imidlertid ikke overraskende sett i lys av teorier om kroppsbilde. Kroppsfunksjonen utgjør en vesentlig del av en persons kroppsbilde. Begrensninger i kroppsfunksjon som følge av sykdom kan få store konsekvenser for en persons livsutfoldelse og livskvalitet, samt selvoppfatning og selvbylde (Nettleton og Watson 1998:17).

”For meg betyr det mye å ha to bryst”

Fem av de elleve kvinnene jeg intervjuet har fått brystbevarende behandling. Det innebærer at kun svulsten ble fjernet under operasjonen og kvinnene har beholdt brystet. Jeg ønsket å finne ut hvordan de opplevde situasjonen. Skiller deres erfaringer seg fra de som har fjernet brystet?

Karin er en av kvinnene som forteller at brystene ikke var så viktige for henne før hun ble syk. Dette knytter hun til at hun alltid har hatt små bryst. Hun innrømmer at hun til tider var misfornøyd med størrelsen på brystene, men det var ikke noe hun var opphengt i. Hun solte seg toppløs og har ikke skammet seg over brystene på noen måte, men det var heller ingen kroppsdel som utpekte seg som spesielt viktig for henne. Da hun fikk brystkreftdiagnosen opplevde hun imidlertid at det ikke var så enkelt. Her forteller hun om tiden før hun visste om brystet skulle fjernes eller ikke:

Jeg hadde en veldig rar opplevelse på det. Jeg husker så godt da jeg fikk diagnosen og det ble snakk om operasjon, at jeg tenkte: ok, puppen er ikke det jeg tenker på som noe spesielt ved meg, den er ikke noe jeg er spesielt stolt av, eller. Jeg var i grunn ganske komfortabel med det, men plutselig en dag, ut av det store intet, kom det en tanke om at var det så enkelt? Du er jo født med to bryst! Og det var før jeg visste hvordan jeg skulle opereres da, så tenkte jeg at det er jo en amputasjon! Det er en fjerning av noe du er født med. En kvinne har jo to bryst, det har jo menn og da, men hos oss betyr de kanskje noe annet. Så da skjønte jeg at det ville bety noe for meg også. Jeg var ikke veldig opptatt av det, men jeg la det bare på is og tenkte dette skal vi ta når jeg vet litt mer.

Det er tydelig at Karin først ble oppmerksom på hva brystene betydde for henne da trusselen om tap ble aktualisert. Det var følelser hun i utgangspunktet ikke visste at hun hadde. En

mulig tolkning er at trusselen om å miste brystet berører noe i henne, hennes selvidentitet og identitet som kvinne. Det er noe dypere symbolsk som blir røkket ved (Hammer 1998:90). For en annen informant, Linda, har brystene vært viktige fra hun var ung jente. Hun opplever brystene som en vesentlig del av kroppen som hun er stolt av, og som hun gjerne fremhever ved hjelp av utringete topper. Da hun fikk diagnosen fortalte legen at hun kunne velge mellom å fjerne eller beholde brystet. I følge legen var hun en god kandidat til å få brystbevarende behandling, men det sikreste var å fjerne hele brystet:

Jeg synes det var veldig vanskelig. På en måte ble nesten kreften skjøvet bak, det var snakk om brystet mitt!

I: Det var det som ble viktig?

Linda: Ja. Det er godt mulig at jeg hadde reagert litt annerledes hvis jeg hadde måttet fjerne det. Men det var en viktig del av min kropp, og hvis de nå ikke behøvde å fjerne det, hvis det nå ikke var kreft i det... og så fjerne og ødelegge! Nei, uff.

”Det var snakk om brystet mitt!”, utbryter Linda. Det er interessant å se hennes kommentar i lys av den utsatte og tvetydige posisjonen kvinnebrystet befinner seg i. Selv om brystene er en del av en kvinnes kropp gjør andre krav på dem, hevder Yalom. Fra de begynner å vokse kommenteres de av foreldre og skolekamerater, venninner sammenligner og mediene formidler bryst i perfekte utgaver og forteller jenter hvordan bryst bør se ut. Ifølge Yalom er det i dag ”brystkreftens tragiske virkelighet som er i ferd med å gi kvinner full eiendomsrett over brystene sine” (Yalom 1998:250). Sjøkket av en livstruende sykdom lærer dem at brystene egentlig tilhører dem selv.

En tendens i mitt materiale er at kvinnene som har beholdt brystet snakker om brystet på en litt annen måte enn de som har fjernet det. De som har fjernet brystet gir uttrykk for at brystet er av mindre betydning, det er kreftsykdommen står i fokus. Kvinnene som har fått beholde brystet, reflekterer derimot mer rundt hva bryst kan bety og hvordan det ville være å miste det. De kommer i større grad inn på brystets ulike betydninger, eksempelvis brystet som et identitetsskapende organ og som et symbol på kvinnelighet. En forklaring kan være at de fikk et valg, de trenger ikke å distansere seg fra, eller nedvurdere brystet. De som måtte fjerne har ikke hatt noe valg, og hva er hensikten med å dvele ved noe som er tapt? Et annet aspekt synes å være at det er mindre fokus på sykdom ved brystbevarende behandling. Et utsagn fra Linda illustrerer dette poenget:

Og jeg tror nok at det gjelder de som får brystbevarende, de blir kanskje ikke så sykdomsfiksert. Ja, vi mangler ikke brystet når vi kler av oss, vi.

Det er imidlertid grunn til å understreke at de som har beholdt brystet også var sterkt preget av diagnosen. Det er ikke slik at de tar lettere på det, men de har kanskje et annet fokus da de har fått muligheten til å velge. Kvinnene som fikk beholde brystet uttrykker takknemlighet og ydmykhet:

Det gjør meg ganske ydmyk (...) Jeg skjønner godt at du føler deg amputert, eller at du føler deg halv. Det er det jeg tenker på. Så jeg er veldig ydmyk i forhold til det at jeg fikk beholde mitt bryst (Karin).

Det er ikke det samme å våkne opp av narkosen uten den delen av kroppen din. Det kan jeg tenke meg har en stor psykologisk effekt. Jeg har sett disse utrolig modige kvinnene på sykehuset som har fjernet brystet og som kommer med hodet hevet. Jeg beundrer dem, men jeg er ikke så modig (Trude).

Så langt det er medisinsk forsvarlig gir legen ulike alternativer, men valget om brystbevarende behandling må kvinnen selv ta. Denne avgjørelsen har vært tung og vanskelig for flere av informantene. De setter spørsmålstegn ved forutsetningene de har for å ta en slik beslutning, og flere syntes det var et nesten umulig valg å ta. Noen av kvinnene sitter dessuten igjen med en følelse av at de i realiteten ikke tok avgjørelsen selv, men at legen tok den for dem:

Det synes jeg er en av de interessante tingene jeg leser stadig vekk, at det er vårt ønske, at det er vi som bestemmer, men jeg skjønner ikke helt det. Jeg har lett i hodet mitt mange ganger for å finne tilbake til den samtalen, for jeg skjønner ikke hvordan jeg kan være med på å bestemme. Hva slags grunnlag har jeg for å si noe som helst da? Det er legene og kirurgen som er fagpersonene! Jeg eier puppen min, men jeg skjønner ikke helt hvordan de får det til å henge på greip! (Karin).

En kvinne valgte å beholde brystet mot legenes anbefalinger. Hun mener det faktum at hun hadde kvinnelig lege var utslagsgivende for at hun til slutt fikk beholde brystet. Om dette valget sier hun:

Men klart det, det er jo livet ditt. Altså, du kan ikke risikere livet ditt for å beholde et bryst! Det er ikke det jeg mener. Så klart jeg hadde fjernet det hvis ikke jeg kunne velge. Og de hadde ikke latt meg velge, hvis det hadde vært ille, så hadde ikke jeg fått bestemme.

Intervjuer: Nei, for da hadde de sagt at "Vi må bare fjerne det!"

Informant: Og selvfølgelig hadde jeg jo sagt ja til det, men så lenge det var så lite og konkret så følte jeg at... Jeg klarer å leve med det. Det er ikke sikkert alle hadde klart det. Det er en litt personlig vurdering. Men for meg betyr det mye å ha to bryst. Og det er jeg villig til, ikke å gamble med, men på en måte så gjør jeg jo det. Legene kan jo ikke si med 100 prosent at det er i orden. Men det holder for meg så lenge jeg blir fulgt opp på den måten som jeg blir.

Bredal finner i sin studie at frykten for tilbakefall er den viktigste faktoren for kvinner når de velger mellom å beholde eller fjerne brystet. Hensynet til femininitet og utseende er av mindre betydning (Bredal 2005:22).

For å foreta en kort oppsummering av dette kapitlet viser mitt materiale at vekt utgjorde en sentral komponent ved kvinnes kroppsforståelse før de ble syke, og normaliteten var referansepunkt for kroppen. Informantenes fortellinger peker i retning av at brystene ikke var utsatt for det samme fokuset. Kvinnene hadde ulike følelsesmessige investeringer i brystene, og hvilken betydning de ble tillagt varierte fra kvinne til kvinne. Da jeg spurte dem om deres tanker og følelser i forbindelse med det å fjerne eller beholde brystet ble kvinnebrystets tvetydige og sårbare posisjon synliggjort. En tendens synes å være at de som har beholdt brystet reflekterer mer rundt hva bryst betyr, mens de som har fjernet skyver brysttapet i bakgrunnen og fokuserer mer på kreftsykdommen.

Kapittel 6. Forholdet til kroppen etter operasjonen

Dette kapittelet omhandler kvinnes forhold til kroppen i etterkant av operasjonen. Her vil jeg beskrive deres fortellinger om møtet med speilet. Et viktig aspekt blir å vise hvorvidt inngrepet fører til begrensninger ved presentasjon av kroppen i ulike settinger. I denne sammenhengen vil kvinnes opplevelser og deres oppfatninger av andres holdninger stå sentralt. Hovedvekten vil ligge på kvinnene som har fjernet brystet da jeg antar at deres situasjon er mer problematisk i forhold til temaene som tas opp her. De som har fjernet brystet får tilbud om å bygge opp et nytt bryst. Jeg vil derfor belyse hvilke grunner som ligger bak ønsket og valget om rekonstruksjon. Til slutt vil jeg se på om sykdommen har ført til endrede vurderinger angående kropp og bryst.

Møtet med speilet: De som har fjernet brystet forteller

Den negative symbolikken forbundet med å ha mistet brystet, kan være sterk. Å fjerne brystet assosieres med sykdom og ødeleggelse (Lindebrække og Midtbø 2003). Det normale er å ha to bryst, og normaliteten har en sterk stilling i vårt samfunn, spesielt når det gjelder kroppens utseende og funksjoner (Haug 1990:23). Faulkner og Maguire peker på at det kan være vanskelig å venne seg til et endret kroppsbilde, spesielt hvis kroppsdelen det er snakk om var viktig for selvfølelsen og identiteten (Faulkner og Maguire 1998:18). Tidligere forskning har også vist at kvinner verdsetter deler av kroppen som har å gjøre med kjønnsidentiteten (Reitan og Schjølberg 2004:90). I lys av dette spurte jeg kvinnene hvordan de opplevde møtet med speilet etter operasjonen. De som har fjernet brystet, forteller at de grudde seg i forkant. De var spente på hvordan det kom til å se ut og konfrontasjonen med speilbildet var for mange en tøff opplevelse. Flere forteller at de tidlig tvang seg til å se i speilet, men det tok lang tid før de studerte seg selv nøye eller tok på arret.

Jeg hadde ribben på plasser jeg aldri trodde jeg skulle ha ribben! Altså, når de fjerner alt, så bruker de noe som faktisk ser ut som en vanlig spiseskje. De graver helt nedi, mellom ribbeina, for å få ut alt. Det høres kvalmt ut! Så da jeg tok på det, så hadde jeg jo plutselig ribben, fingrene forsvant jo nedi mellom ribbeina. Og jeg ble aldri fortrolig med å ta på ribbeina der, jeg syntes det var ekkelt. Altså, du skulle ikke kjenne ribbeina der. Det var ikke naturlig. Det var egentlig det verste (Siri).

Forferdelig! Ja, det var kjempestygt, de hadde ikke tatt stingene og det var hovent og rødt. Jeg så meg jo, på badet hadde vi et speil, herfra og opp (viser fra brystet og opp). Og det var følt å se på, men jeg gikk og så i speilet hver dag. Hver dag gikk jeg naken inn og så meg i speilet. Etter hvert syntes jeg det var greit da. Ok, det er ikke pent, men det er helt greit! Men da jeg så meg selv i helprofil, så syntes jeg at det var forferdelig stygt igjen! Da kjøpte vi et sånt stort speil til badet, sånn at jeg hver dag gikk og så. Så i dag

synes jeg... det er ikke pent, det er jo usymmetrisk, men det er helt greit. Og jeg klager aldri over det brystet jeg har igjen. Jeg som før sa av og til "å, jeg har litt små bryster kanskje". I dag gjør det ingenting (Sara).

Sara tvang seg til å se. Hun valgte å konfrontere speilet hver eneste dag, og gradvis ble hun mer fortrolig med sitt nye speilbilde. I likhet med Sara, er det flere av kvinnene som beskriver den underlige følelsen av at det "mangler noe der". Kroppen oppleves som unaturlig og asymmetrisk. En kvinne forteller at kroppen føltes fremmed, å ha bare ett bryst er ikke slik kroppen skal være. Jeg oppfatter det som at hun refererer til både en kroppslig og følelsesmessig mangel. Det er en fysisk del av kroppen som er borte, men også en del av hennes selv.

Selv om kvinnene karakteriserer møtet med speilet som tøft, kan utsagnene deres tyde på at de fleste tok det med fatning. De konstaterer at det ikke var et pent syn, "men det var helt greit". De ønsker kanskje å formidle at de var avslappet i forhold sitt nye speilbilde? En slik reaksjon er forståelig sett i lys av at man skal kunne gå videre i livet. Å akseptere den nye kroppen blir nødvendig for å kunne opprettholde selvbylde og kroppsbilde. I forrige kapittel belyste jeg hvordan kreftsykdommen dominerte og brysttapet ble skjøvet i bakgrunnen. Etter operasjonen, da kvinnene hadde fått kreften litt på avstand, kan man tenke seg at de fikk tid og rom til å sørge over tapet av brystet. Jeg hadde en antagelse om at kvinnene ville være mer lei seg over at brystet var borte, men opplevde i stedet at de fremhevet de positive aspektene ved situasjonen. En kvinne beskriver møtet med speilet slik:

Nei, det var jo selvsagt litt rart. Det var det jo, fordi jeg aldri hadde sett det før, aldri tenkt over hvordan man kunne se ut med bare ett bryst. Men da hadde jeg den fordel at jeg ikke har så veldig store bryster. Så da kom den fordel tilbake igjen, for det hadde jeg tenkt på da jeg var ung, at det var en bakdel. Nå ble det en fordel for meg. Og det var deilig. Da blir det ikke sånn veldig stor forskjell. Hvis du for eksempel har kjempepupper så blir det jo forferdelig forskjell. Og det ble det ikke, og det var veldig pent, det var sånn rett over. Nei, det var helt greit egentlig (Hilde).

Hilde vektlegger fordelene fremfor ulempene. Det er det flere av informantene som gjør, og mitt inntrykk er at de relativt raskt godtok den kroppslige forandringen og sitt nye speilbilde. Brystet måtte fjernes for at de skulle ha mulighet til å overleve, det er slik de forklarer det. Materialet tyder igjen på at brystet kanskje ikke var så mye i fokus som jeg på forhånd hadde antatt. Som jeg beskrev i forrige kapittel, opplever kvinnene andre forhold som mer betydningsfulle, for eksempel at armen fungerer tilfredsstillende.

Møtet med speilet: De som har beholdt brystet forteller

Tidligere forskning tyder på at de som får beholde brystet har et bedre kroppsbilde enn de som har fjernet (Kielbert 1994).²⁹ Denne tendensen finner også Bredal i sin avhandling (Bredal 2005:23). Av kvinnene i denne undersøkelsen var det fem som fikk beholde brystet. De opplevde ikke møtet med speilet som så skremmende. Dette kan knyttes til at den kroppslige forandringen ved brystbevarende operasjon ofte er minimal og ikke synes så godt utad. Det var riktignok knyttet spenning til det kosmetiske resultatet og arrets utseende, men stort sett beskriver kvinnene møtet med speilet som greit. Liv tror det er stor forskjell på det å fjerne brystet og det å få brystbevarende behandling:

Det er stor forskjell. Det er jeg helt sikker på at det er. Jeg følte at det ikke var så veldig avskrekkende, altså det at du har en liten pupp og en som er større, det var helt greit. Det var for meg helt i orden.

I: Du var kanskje lettet for at du ikke måtte fjerne hele?

Liv: Ja. Og det som jeg kanskje har tenkt litt på etter hvert er når jeg skal pynte meg. Når du har noe som er utringa, noe som sitter etter, da skulle du gjerne hatt de like! Men det er kun da du har en følelse av at det kunne vært greit å hatt noe som kunne bygge opp på den ene sida. Men bortsett fra det så har jeg ikke så mye... Det er ikke noe vondt å se seg i speilet, for å si det sånn.

Det er imidlertid en kvinne som beskriver møtet med speilet som en tøff påkjønning, selv om hun hadde beholdt brystet.

Det var helt forferdelig. Selv om jeg hadde beholdt brystet. Det arret... nei, det var forferdelig for meg. Og i tillegg ser arret ut som en halvmåne, og jeg tenkte at hvis du snur på det så er det et smil, og det er ganske ironisk (Trude).

En forklaring på hvorfor hun fikk en så sterk reaksjon kan være at arret symboliserer kreften. De negative metaforene forbundet med kreft er sterke, og gir assosiasjoner til lidelse og død (Solheim 1998). Arret blir en stadig påminnelse på hva hun har vært gjennom av angst, fortvilelse og redsel. Det er dette hun ser når hun konfronteres med sitt eget speilbilde. Min tolkning er at det har lite å gjøre med utseendemessige forhold, selv om hun i en periode etter inngrepet var opptatt av arret og hadde et ønske om å gjennomgå plastisk kirurgi for å få det penere. Hun har i dag endret mening, og arret symboliserer noe annet for henne.

I dag så er jeg ikke opptatt av arret i det hele tatt. Selv om brystet ser litt rart ut, så er det ikke noe problem. Og jeg er nesten stolt av å vise arret, for dette har jeg opplevd og dette har jeg klart! Og jeg er her fortsatt!

²⁹ Det finnes imidlertid undersøkelser som ikke finner forskjeller i kroppsbilde mellom de som har fjernet brystet og de som har fått brystbevarende behandling (Kiebert 1994).

Kvinnene som har beholdt brystet gir uttrykk for at inngrepet fikk liten betydning rent utseendemessig. Kanskje det ene brystet var litt større enn det andre, og kanskje arret ikke var så pent, men det var i bunn og grunn bagateller, forteller kvinnene. Det var imidlertid en kvinne som hadde problemer med å godta den kroppslige forandringen. Det må ses i lys av at hun på denne tiden fikk barn og hadde et sterkt ønske om å amme. Inngrepet kan få innvirkning på muligheten til å amme, selv om kvinner kan amme fra det opererte brystet (Kåresen m.fl.2004:79). Informanten følte at hun fikk dårlig og tildels motstridende informasjon fra helsevesenet, og hun valgte å ikke amme.

De situasjonene som er vanskelige da, må jo være de gangene jeg har fått barn, og ikke kan amme fra mer enn ett bryst. Det tror jeg har vært vanskelig, i hvert fall i forhold til nummer en. Det syntes jeg var veldig trist! Å ikke kunne gi ungen min melk fra det brystet (Liv).

Liv brukte forholdsvis lang tid på å forsone seg med brystet sitt. For henne var det et nederlag at hun ikke kunne amme. Noen opplever ammingen som en bekreftelse på morsfølelsen, samtidig som det er en bekreftelse av deres identitet som produktive og fullverdige kvinner (Hammer 1998:19). Det var ingen andre i mitt materiale som tok opp dette aspektet.

Kroppspresentasjon

Kroppslige forandringer som følge av sykdom kan få konsekvenser for evnen til å presentere seg selv og sin kropp for andre (Nettleton og Watson 1998). Goffmann er i sine analyser opptatt av hvordan det er riktig eller passende å oppføre seg i nærvær av andre mennesker. Ifølge Goffman spiller kroppen en helt sentral rolle i det sosiale spillet, og kontroll over kroppen er viktig for å opprettholde identitet, sosiale roller og relasjoner. Stigma, som kan være et fysisk, sosialt eller et psykologisk avvik, definerer han som noe som skader en persons identitet (Goffman 1975). Sett i lys av Goffmans teori blir det interessant å belyse kvinnenenes opplevelser og erfaringer med å vise frem kroppen etter operasjonen. Hvilke ”regler” gjelder for eksponering av en brystkreftoperert kropp?

Som jeg har nevnt tidligere, var det ingen av informantene i denne undersøkelsen som hadde problemer med å vise frem kroppen før de fikk brystkreft. Det var imidlertid stor variasjon blant kvinnene i hvilken grad de eksponerte kroppen. Dette henger sammen med at vi alle er forskjellige, hvor frie eller sjenerte vi er i forhold til kroppen vår varierer fra person til person (Hammer 1998:54). Felles for kvinnene som har fjernet brystet, er at inngrepet har ført til endringer i graden av kroppslig eksponering i flere sammenhenger. Etter operasjonen benyttet

kvinnene protese, og samtlige opplevde at det ble vanskelig å eksponere kroppen i samme grad som før. Visse situasjoner og aktiviteter som for eksempel skifting i garderobe, trening og svømming beskrives som spesielt problematiske. Miriam setter ord på hvor vanskelig det kan være å vise frem en kropp som oppleves som avvikende:

I og med at jeg er ganske aktiv og trener og sånn... det å skifte i garderoben, det har blitt et mareritt! Jeg vil jo ikke... jeg orker jo ikke at noen skal se på meg, så jeg gjemmer meg borte i en krok med ryggen til alle. Tar den innerste dusjen og sånne ting. Men jeg har bestemt meg for at jeg ikke skal la det stoppe meg fra å trene når jeg har lyst til å gjøre det (Miriam).

Miriam føler seg ille til mote, hun vil ikke at andre skal se henne. Det er felles for flere av kvinnene. De er redde for hvordan andre vil reagere på kroppene deres. Dette handler i stor grad om normer og tabuforestillinger, om kvinnes bekymringer for andres oppfatninger og reaksjoner. Men det handler også om kvinnes egne følelser og selvbilde. Haug hevder at dersom kroppen ikke er slik den skal være, altså i tråd med normaliteten, oppstår en følelse av skyld. Det har med moral og anstendighet å gjøre (Haug 1990). Dette kan ses i lys av den utsatte posisjonen kvinnekroppen har i det moderne. Det er sider ved kvinnekroppen, spesielt de knyttet til funksjon eller dysfunksjon, som ikke er akseptable og som bør være mest mulig skjult eller usynlig (Brownmiller 1986, Wolf 2001, Druesund 1998).

Druesund hevder i artikkelen *Den skolerte kroppen* at kroppen blir spesielt lagt merke til når den ikke er som den skal være (Druesund 1998). Den kan da oppleves som disharmonisk og problematisk, og det kan oppstå mistillit til den. Druesund kaller dette kroppslig dysfremtredelse (Druesund 1998:244). En person som lever med en kroppslig dysfremtredelse kan trekke seg bort fra sosialt samvær fordi andres blikk føles ubehagelig. ”Den andres blikk kan gi en følelse av tilintetgjorthet, ikke minst når vi selv opplever vår egen kropp som dysfremtredende, eller avstikkende på en måte som vi både personlig og sosialt erfarer som negativt” (Druesund 1998:245). Min tolkning er at Miriam opplever det slik i garderoben. Kroppen hennes er bærer av et stigma, og en nærliggende strategi er å skjule det (Goffman 1975:120). Hun beskytter seg først og fremst mot andres blikk og reaksjoner, men det er også en måte å opprettholde indre kroppsbilde og selvidentitet på.

Flere av kvinnene likte å svømme, og ønsket å fortsette med denne aktiviteten etter operasjonen. Det viste seg at det ikke alltid var så enkelt i praksis. En kvinne beskriver en ubehagelig episode, som fikk henne til bli mer varsom og forsiktig i nærvær av andre:

Ja, det var veldig vanskelig å gå i svømmehallen med datteren min. Det brukte jeg lang tid på. For første gangen, så tenkte jeg ikke noe særlig på det. Men så var vi på hotell, og det var en jente der som så meg i dusjen og som ble helt hysterisk: "Se, mamma, hun har bare en pupp". Og hun hylte og skrek, for det var jo så skremmende for henne å se meg sånn. Og da ble det forferdelig ekkelt å gå i svømmehallen hvis jeg skulle skremme ungene, ikke sant? (Gro).

Det var en terskel for henne å gå i svømmehallen etter dette. Kvinnenes fortellinger peker i retning av at det eksisterer uuttalte normer og regler i forhold til å vise frem en brystkreftoperert kropp. Kvinnene føler seg forpliktet til å være diskret og vise respekt. Det handler om å skåne andre for det som kan oppfattes som støtende. Dette kan ses i lys av at det ikke er vanlig å vise kroppslige defekter i vårt samfunn, det bryter med skikk og bruk (Hammer 1998:55). Å fremstå med kroppslige avvik kan medføre sanksjoner fra omgivelsene, for eksempel ved at man blir stirret på. Men det handler også om at kvinnene beskytter seg selv. De ønsker å skåne seg for de indre følelsene. Flere av kvinnene uttrykker bekymring for å oppleve skam og forlegenhet ved at andre ser dem med ett bryst. Barrierene gjelder imidlertid ikke bare for dem som har fjernet brystet. Karin, som har beholdt brystet, forteller om en episode i en klesbutikk. Da hun prøvde en bluse, påpekte ekspeditrisen at hun hadde forskjellig størrelse på brystene:

Og jeg ble ganske... Jeg tenkte gud bedre. Så gikk det fort gjennom hodet mitt: Du har to valg. Enten snur du deg og setter to øyne i dama og sier at jeg faktisk er operert for brystkreft, eller så smiler du pent og bare overser det. Og jeg valgte det siste. Og etterpå da jeg satt i bilen... og jeg gikk rundt med dette i hodet i noen dager. Så tenkte jeg at nei vel, jeg var vel ikke klar for å fortelle det til hvem som helst, i hvert fall ikke til en sånn drittsekk av en dame. Begynne å brette meg ut og fortelle henne at jeg er operert for brystkreft. Jeg skjønner ikke hva hun skulle fortelle meg det for!

Flere av kvinnene uttrykker frustrasjon over tabuene knyttet til brystkreft. De mener at folk burde venne seg til å se en brystkreftoperert kropp. De skjønner ikke hvorfor de må skjule kroppen sin, likevel forholder de seg til helt klare regler for kroppslig eksponering. Ifølge Goffman løses en konflikt mellom oppriktighet og sømmelighet ofte til fordel for sømmeligheten (Goffman 1975:99). Den sosiale kontrollen styrer hva man kan tillate seg å gjøre og hva man ikke kan gjøre. Gro forteller at hun solte seg toppløs etter at brystet var fjernet. Hun gikk bevisst inn for å vise kroppen sin til andre:

*Ja, jeg gjorde jo det til å begynne med. Da solte jeg meg faktisk toppløs, men ikke på en strand, men med familien og sånt. Jeg tror jeg måtte demonstrere litt (ler). Det var nok derfor, for jeg soler meg ikke toppløs nå altså.
I: Du gjør ikke det? Du ville kanskje bevise at det gikk greit med deg?
Gro: Ja, "se her dere, jeg har det bra".*

Det er en dobbelthet her: på den ene siden ønsket om å kunne sole seg toppløs og vise frem kroppen slik den er, og på den andre siden hensynet til hva som oppfattes som sømmelig og anstendig. Gro kan ikke sole seg toppløs hvor som helst. Å sole seg toppløs i det mindre offentlige rom, sammen med familien, er akseptabelt. Å gjøre det i en mer offentlig setting, som på en strand, er derimot uaktuelt. Dette er i tråd med Goffman som beskriver ”tilbaketrunkne” steder der personen kan vise seg åpent uten å måtte skjule sitt stigma (Goffman 1975:107). Gro mener selv at den toppløse solingen var en slags demonstrasjon. Hun soler seg ikke toppløs i dag. Da jeg spurte hvorfor hun gjorde det før, og ikke i dag, svarte hun:

Det var veldig viktig for meg å vise at det gikk bra, og at det gikk an, det er ikke farlig. Jeg kunne gjerne vise meg frem for hvem som ville se. Protesen har de fått holdt hvis de ville, og jeg har gjerne tvunget dem også (ler). Det var veldig viktig for meg å fortelle folk at jeg var brystkreftoperert, at jeg har fjernet brystet, men at det går bra”.

Hennes uttalelser kan tyde på at hun ønsker å bryte med anstendighetsskikkene. Hun vil ikke la seg undertrykke av normene og reglene som gjelder for eksponering av en kropp som avviker fra normaliteten. Hun ønsker å ha den samme friheten som før og vil ikke la seg presse inn i en ufri rolle (Hammer 1998:55). Likevel er det ikke rom for å bryte normene i full offentlighet, og hun nøyer seg med en mindre offentlig arena. Haug peker på at kvinnekroppen må være feilfri hvis den skal tåle offentlighetens lys. Dersom kroppen avviker fra det normale, er det en kilde til forlegenhet og pinlighet (Haug 1990).

Trine var mye i svømmehallen før hun ble syk. Jeg spurte henne om hun fortsatte med svømmingen etter at brystet var fjernet:

Ja, jeg tror det gikk under et år fra jeg ble operert til jeg gikk i svømmehallen første gangen. Det heftet meg ikke, fordi jeg setter svømminga høyere enn det at jeg ser sånn ut. Altså, dette er min kropp. Sånn er min kropp. Det må andre bare godta, hvis de har et problem med det, så er det de som har et problem, ikke jeg!

Trine og Gro har akseptert sitt nye utseende, og det gjør det lettere å vise frem kroppen for andre. Trine er klar og tydelig på at hun ikke vil la andres holdninger hindre henne i å gjøre det hun gjorde før. Dette har også med selvtillit å gjøre. Dersom andre er ukomfortable med en brystkreftoperert kropp, anser hun det som deres problem, ikke hennes. Denne holdningen kan kanskje tolkes som et slags oppdragelsesprosjekt for å få folk til å godta kroppslige avvik? (Hammer 1998:59). Hun vil ikke gjemme seg bort, hun skammer seg ikke over kroppen sin. Hun ønsker derimot åpenhet og frihet rundt kroppen. Hun vil ha muligheten til å

gjøre det hun gjorde før, uten å føle forlegenhet eller skam. Dette kan kanskje tolkes som et slags oppgjør mot tvingende rammer?

I kvinnenes uttalelser skimtes en ambivalens. Det er en hårfin balansegang mellom ønsket om at folk skal venne seg til å se en kvinne med ett bryst, samtidig som det hersker en redsel for å bli stirret på (Hammer 1998:59). Selv om de mener at det i prinsippet ikke burde finnes begrensninger, eksisterer disse i realiteten. Det er settinger hvor det er helt uaktuelt for kvinnene å vise kroppen, og hvilke vurderinger de gjør varierer litt fra kvinne til kvinne. Goffman påpeker hvordan de aller fleste mennesker tilpasser seg og følger de krav og konvensjoner kroppen vår er underlagt til enhver tid og i forskjellige situasjoner (Goffman 1975).

De senere år har det vært en økende oppmerksomhet omkring brystkreft. Flere brystkreftammede har stått fram i media og har blitt avbildet med ett bryst.³⁰ Det kan tyde på en utvikling mot høyere kunnskapsnivå og større åpenhet rundt brystkreft. Imidlertid viser mitt materiale at det fortsatt eksisterer klare normer for akseptabel eksponering av en brystkreftoperert kropp. Når det gjelder eksponering av kroppen i mer private arenaer, som overfor den nærmeste familie, er mitt inntrykk at det skjer få endringer. Kvinnene forteller at det er viktig å oppføre seg slik som før, de kan ikke begynne å oppføre seg annerledes. Flere trekker også frem at partneren ikke bryr seg om at de mangler ett bryst:

Etter at brystet var fjernet, husker jeg at jeg sa til mannen min: "For guds skyld, ikke lyv til meg nå. Ikke ta den å, du er like bra som før, like søt, like fin". Første gang han så ting, sa han: "Ja, ja, direkte pent er det jo ikke, men". Men da var det greit. Han er jo veldig nøktern. Verken han eller jeg er av dem som gjør de store faktene, høyt oppe og langt nede. Vi er mer... ja, sånn går det, og det var egentlig greit. Å ha den bekreftelsen på at han ikke henger seg noe opp i det (Siri).

Kvinnene som har barn fremhever betydningen av at barna får et naturlig forhold til det. Det var derfor ønskelig at barna var sammen med dem på badet slik at de ble vant til å se mamma med ett bryst. Det var imidlertid ikke alle som syntes det var lett. En informant fortalte at hun hadde vansker med å vise frem kroppen privat:

Altså, etter operasjonen likte jeg ikke... Jeg likte ikke å ha folk på badet samtidig med meg. Og jeg sov bestandig med t-skjorte på.

³⁰ Julie Ege er blant dem som har latt seg avbilde med ett bryst.

For denne kvinnen fikk brysttapet stor betydning for eksponering av kroppen, både privat og i mer offentlige sammenhenger. Det var helt uaktuelt for henne å skifte i offentlige rom, som svømmehall og garderobe etter operasjonen. Hun valgte tidlig å få bygd opp brystet igjen. Hun understreket at det var noe hun gjorde for sin egen del, for mannen hennes spilte det ingen rolle.

Rekonstruksjon

Kvinner som fjerner brystet, får tilbud om å bygge opp et nytt bryst. Å bygge opp brystet er for mange et ønskelig, men vanskelig, valg. Det er en omfattende prosess, spesielt med tanke på at kvinnene allerede har vært gjennom mye. Overlege Ellen Schlichting ved Ullevål Universitetssykehus sier at de ikke har klare tall på hvor mange som rekonstruerer brystet, men hennes erfaring tilsier at det er et mindretall som velger å bygge opp brystet igjen.³¹ I lys av dette er det kanskje overraskende at fem av de seks kvinnene som har fjernet brystet, har rekonstruert? En forklaring kan være kvinnes alder: jo yngre du er, jo mer betyr det å få bygget opp brystet igjen. En annen forklaring kan være kvinnes medlemskap i FFB. Foreningen kjemper for at flere skal få mulighet til å bygge opp brystet, og medlemskapet gjør muligens tilgang på informasjon lettere.

Alle informantene mine, både de som har fjernet og de som har beholdt brystet, er gjennomgående positive til rekonstruksjon, selv om flere sier at de selv ikke ville orket å gå gjennom det. Astrid Sandvik Hammer finner en negativ holdning til rekonstruksjon blant sine informanter i en hovedoppgave i sykepleievitenskap. De er skeptiske til at man får bygd opp brystet, og mener at kvinnene som velger dette, er lettpåvirkelige og for opptatt av utseendet (Hammer 1998:92). Det står i kontrast til mine funn. En mulig forklaring kan være at informantene til Hammer er eldre enn mine. Dessuten har det skjedd store fremskritt når det gjelder metoder for rekonstruksjon og det er flere kvinner som får tilbudet.

Hva ligger bak ønsket om å bygge opp brystet? Informantene knytter valget om å rekonstruere til flere forhold. Kvinnene forteller om en følelse av ubalanse og asymmetri, særlig hvis man har litt størrelse på brystene:

Nei, bare det å sove er noe dritt hvis du har ganske store pupper fra før. Altså når du snur deg over på den siden der det ikke er noe, så kommer jo noe rasende over. Det

³¹ Denne informasjonen fikk jeg i et møte med Ellen Schlichting ved Ullevål Universitetssykehus.

henger bare der, jeg måtte ha dyne stappet under. Det var så tungvint. Det var forferdelig! Akkurat det var det verste (Siri).

Jeg hadde en litt merkelig opplevelse da vi dro hjem fra sykehuset. Da vi kjørte hjem, hadde jeg ennå ikke fått på meg bh'en. Jeg satt i bilen, og så sa jeg til mannen min: "Snu og kjør tilbake, så får de ta det andre også, for det er bare i veien!" (ler). Ja, ikke sant? Det ble så ustabilt for jeg hadde ikke noe som kunne holde det på plass, det hang jo og slang! Det var rett og slett bare i veien, så for min del kunne de like godt ha fjernet begge to (Trine).

Både Siri og Trine beskriver den fysiske opplevelsen av å være skeiv og i ubalanse. Dette har mye å gjøre med størrelsen på brystene. Jo større bryster, jo skeivere føler du deg. Kvinnene peker først og fremst på det praktiske i hverdagen som bakgrunn for valget om rekonstruksjon. De brukte protese før de bygde opp brystet, og denne representerte en begrensning i hverdagen. De opplevde det som slitsomt å hele tiden være på vakt, og de beskriver den ubekvemme følelsen av å miste kontroll over kroppen. Kontroll over kroppen, både dens utseende og funksjoner, anses som avgjørende for den tryggheten man føler i sosiale relasjoner (Goffman 1975, Nettleton & Watson 1998).

Det var slitsomt med... jeg må jo innrømme at det var dager jeg gikk på jobb og hadde glemt å ha på meg protesen! Det var et stort møte med advokater, jeg hadde på meg drakt og greier, så kikket jeg ned på meg selv og tenkte herregud. Dette går ikke!

Videre forteller kvinnene at det var "mye styr" med skifting, liming og rengjøring av protesen:

Det var så mye arbeid med den greia! Og noe annet, jeg har vel alltid hatt et normalt forhold til plastikk, men jeg syntes alt luktet. Å, herregud for en lukt! Det luktet jo egentlig ikke av det, det var bare noe jeg fikk for meg. Så jeg bytta jo protese omtrent som andre bytter truser en stund: "Nei, den kan jeg ikke ha, for den lukter" (Siri).

Siri klarte aldri å bli fortrolig med protesen, hun fikk for seg at den luktet. Det kan kanskje tolkes som en reaksjon på dette fremmedelementet som ikke hørte hjemme på kroppen hennes, den kunne ikke erstatte brystet. Hennes erfaring med protesen sammenfaller med hva flere av kvinnene i materialet opplever: protesen er ingen ideell erstatning for brystet. Den har sine klare begrensninger, blant annet i forhold til valg av klær. Flere gir uttrykk for at det var vanskelig å finne klær som passet, spesielt penklær, tettsittende og utringete topper. Det gjelder ikke bare kvinnene som har fjernet brystet, men også noen av dem som har fått brystbevarende behandling. De opplever det som trist at de ikke kan bruke klær de likte å gå med før. Giddens viser til fremveksten av ulike kroppsregimer, klær og mote er et av dem. Gjennom klær formidler man noe om hvem man er og hvem man ønsker å være. Giddens kaller dette for klesidentitet (Giddens 1996).

Kvinnene er nøye med å knytte rekonstruksjonen til praktiske hensyn og ønsket om å få det litt enklere i hverdagen. Ved å bygge opp brystet får kvinnene større frihet og trygghet, for eksempel i forhold til å gå i svømmehallen, på stranda og på trening. En del av kvinnene understreker at det handler om mer enn skjønnhet og forfengelighet, det er ikke av utseendemessige årsaker de har valgt å rekonstruere:

Det har egentlig ikke noe med det kosmetiske å gjøre, alle kan jo se at det brystet er sydd på. Og sånn vil det jo alltid se ut. Og jeg har jo ingen følelser i det brystet. Men det hadde jeg jo ikke hatt med en silikonprotese heller. Så det er rett og slett praktisk... for å slippe å ha en protese å forholde seg til (Hilde).

”Jeg savnet kløften”

Gjennom intervjuet understreker flere av kvinnene at brystet er av underordnet betydning, men når vi snakker om rekonstruksjon, nyanseres dette litt. Kvinnene fremhever praktiske årsaker, men det er også andre faktorer som har betydning for ønsket og valget om å bygge opp brystet. Selv om kvinnene gir uttrykk for at de ikke følte seg mindre kvinnelige med ett bryst, ligger det implisitt i enkelte av uttalelsene at noe dypere symbolsk er rokket ved. En kvinne forteller at hun ønsker å bygge opp brystet fordi hun savner ”kløften”. Min tolkning er at hun refererer til en mental og følelsesmessig fornemmelse av en mangel (Hammer 1998:61). Om det er tap av kvinnelighet og femininitet informantene viser til er vanskelig å si, men det er helt klart at det er noe mer enn en kroppsdel som er borte.

Flere av informantene knytter rekonstruksjonen til både indre og ytre forhold. For det første handler det om kroppens ytre trekk. Hvorfor orke å gå gjennom en så omfattende prosess dersom utseendet ikke har betydning? (Hammer 1998:92). For det andre dreier det seg om brystkreft som en trussel mot en kvinnes selvidentitet, og behovet for å gjenopprette denne. Er rekonstruksjonen et håp om å gjenopprette selvidentiteten? En av informantene sier:

Jeg hadde lyst til å få en kropp som ser normal ut igjen. Det er både på grunn av meg selv, at jeg skal være fornøyd når jeg ser meg selv i speilet... Jeg syns jo ikke at det ser noe bra ut sånn som det er nå. Og jeg liker å kunne se meg selv i speilet og være fornøyd da! Og ikke hele tiden bli minnet på at man har hatt kreft. Så det å normalisere hverdagen igjen da, på en måte å legge det mer bak seg... så tenker jeg det er viktig å få kroppen på plass igjen (Miriam).

Kvinnenes ønske om å bygge opp brystet bunner i både utseendemessige og identitetsmessige forhold. Nettleton og Watson argumenterer for at kroppen og selv’et utgjør en enhet: ”Most people are absorbed in their bodies, and feel themselves to be a unified body and self” (Nettleton & Watson 1998:153). Men hva skjer når denne enheten bryter sammen?

Brystkreften representerer en trussel mot selvidentiteten, med brysttapet som et fysisk og synlig bevis. Ifølge Nettleton og Watson må man da omdefinere og skape et nytt selv. Å bygge opp brystet er en måte å gjenopprette kroppens ytre på, men også den indre stabiliteten og selvidentiteten (Hammer 1998:94). Det oppbygde brystet kan gjenopprette helheten og bidra ”to maintain the appearance of a wellcontrolled civilised body (Nettleton & Watson 1998:74).

Et interessant aspekt er at flere av kvinnene ser rekonstruksjonen som en måte å bli ferdig med kreften på. Ifølge Solheim kan kreft forstås som grenseoverskridelse, det er et truende tap av distinksjoner og grenser. Kreft er også bilde på tap av kontroll (Solheim 1998:131). Når kreften er overvunnet kan man igjen ta kontroll over livet sitt, og en måte å gjøre dette på er å gjenoppbygge kroppen til dens opprinnelige form. Det handler kanskje om å komme tilbake til tingenes tilstand før sykdommen? Det er det Miriam snakker om, slik jeg forstår det, når hun sier at det er viktig å få kroppen på plass igjen for å normalisere hverdagen. I lys av Solheim kan man si at det å bygge opp brystet er en måte å rearrangere og rekonseptualisere de symbolske grensene. Man slipper det synlige beviset på at man har hatt kreft, man blir ikke konfrontert med det hver gang man står foran speilet. En av informantene sier: ”Nå har jeg rekonstruert, så nå tenker jeg nesten ikke på det at jeg har hatt kreft”. Det handler om å komme seg videre i livet, legge noe bak seg, selv om det alltid vil være med i bagasjen, og forme måten man ser livet på.

Flere av kvinnene har ventet i mange år før de valgte å rekonstruere. Gro ønsket i utgangspunktet ikke å bygge opp brystet. Det er over ti år siden brystet ble fjernet, men hun har nå bestemt seg for å rekonstruere:

Jeg skulle absolutt ikke. Jeg skulle være sånn, jeg trengte ikke noen rekonstruksjon. Det var helt uaktuelt for meg i mange år. Og plutselig nå har jeg funnet ut at jeg har demonstrert lenge nok.

Det var viktig for henne at folk forsto hva hun hadde vært gjennom. Hun ønsket å vise omgivelsene at det gikk bra med henne, selv om hun manglet ett bryst. Andre har kjempet aktivt for å få fortgang i prosessen, og har rekonstruert få år etter operasjonen. Fire av kvinnene har valgt å bygge opp brystet med kroppens eget vev. De fremhever den ekstra bonusen ved å benytte denne metoden. Muskel og fett tas fra magen, dermed får de flat mage ”på kjøpet”. En av informantene har rekonstruert med silikon, det var den eneste metoden som var mulig å bruke i hennes tilfelle. Kvinnene er gjennomgående skeptiske til å bygge opp

brystet med silikon. ”Jeg har aldri vært noe sånn for fremmedlegemer i kroppen”, sier en kvinne. Samtlige trekker frem den negative vinklingen silikon har fått i media og de medisinske fagmiljøene.

Siri er en av kvinnene som tidlig bestemte seg for å rekonstruere. Hun fikk bygget opp brystet to år etter at det var fjernet. I etterkant av rekonstruksjonen fikk hun se bilder av hvordan hun så ut før, da hun bare hadde ett bryst. Det var et sjokk for henne:

Ja, da jeg fikk se før-bildene, så tenkte jeg: gud hjelpe meg, var jeg så stygg? Og jeg som syntes at det ikke var så... altså det var ikke noe kjempefint å se på, men jeg syntes at jeg hadde vært heldig som hadde fått et arr som grodde fint. Men når jeg så bildene nå, så var det: ”Fy søren, så kvalmt!”

På sykehuset var de i tvil om kvinnene skulle få se før-bildene, fordi de var usikre på hvordan de ville takle det:

Men jeg forsto ikke hvorfor jeg ikke skulle takle det! Jeg var jo sånn i tre år! Hva pokker er problemet? Men det var ganske sterkt egentlig. Altså, jeg psyka ikke ut, jeg fikk ikke angst eller noe, men jeg bare utbrøt ”Å, fy søren så stygt!”(.....) Det var egentlig en veldig rar opplevelse. Det å se hvor stygt det var.

Hvorfor fikk hun en så sterk reaksjon? Hun hadde tross alt levd med ett bryst i to år. En forklaring på hvorfor hun ordlegger seg på denne måten kan være at hun i dag har gjenopprettet kroppsbildet og selvbildet. I ettertid kan hun derfor tillate seg å se tilbake på den ”forferdelige” kroppen.

Kvinnene som er ferdige med rekonstruksjonen forteller at de er svært fornøyde med resultatet. Rekonstruksjonen har bidratt positivt i forhold til det praktiske i hverdagen. De kan gjøre de samme tingene som de gjorde før sykdommen, for eksempel svømme og trene. Flere trekker frem at det er lettere å finne klær som passer og som de føler seg vel i. Det har også bidratt positivt i forhold til kropps- og selvbylde. Det er imidlertid ikke alle som tror de vil få det bedre ved å bygge opp brystet. En kvinne var i slutten av tjuårene da hun fikk brystkreft. Hun fjernet brystet og har per i dag ingen ønsker om å få bygget det opp igjen. Hun er frustrert over at alle rundt henne er så opptatt av brystet: ”De rundt har vært fryktelig opptatt av det brystet! Og jeg har ikke vært det”. Hun opplevde at alle på sykehuset maste om at hun kunne rekonstruere, mens hun har vært mest opptatt av å være frisk:

Og det er veldig dumt, fordi jeg tenker at det er kjempetrist å miste ett bryst, og det hender at det er problematisk i forhold til bikini og kjoler og sånn. Men det betyr jo ingenting i mot det å miste en arm, eller et bein. Det er jo mye verre! Så det å bygge opp

et nytt bryst da, det vil være... for hvis jeg skal ha barn og skulle amme, så hadde jeg trengt det, men det får jeg ikke gjort med en oppbygd pupp uansett.

For kvinnen veier ulempene ved å bygge opp et nytt bryst tyngre enn fordelene. Hun vil veldig gjerne være frisk og ønsker ikke å risikere noe ved å gjennomgå en omfattende operasjon. Jeg spør henne om hun tror det ville blitt annerledes hvis hun rekonstruerte:

Om det ville betydd noe? ... jeg ville ikke følt meg mer kvinnelig. Og jeg ser med en gang jeg tar på bh, så glemmer de rundt at jeg bare har ett bryst. Så det spiller ingen rolle for meg tror jeg, eller for dem rundt. Men så hender det jo da, når de forteller om de som er så lidenskapelig opptatt av det, og har fått nytt bryst... og laget det andre brystet større, så tenker jeg at "oj, er det noe her jeg går glipp av? Kunne jeg vært lykkeligere med to bryst?" Men det tror jeg ikke.

Endret syn på kropp

Brystkreft er en alvorlig sykdom, som innebærer en dramatisk endring i livene til de som rammes. I lys av dette er det ikke overraskende at flere av kvinnene gir uttrykk for at de har endret syn på kropp og utseende etter å ha vært syke. Før var de kanskje misfornøyde med enkelte kroppsdelene, for en del av kvinnene handlet det om kroppens vekt. I dag ser flertallet av kvinnene litt annerledes på det. Noen kilo for mye, stor mage eller små pupper blir bagateller som de ikke orker å bruke tid eller energi på. Andre vurderinger legges til grunn: "Det er jo ikke viktig lenger, for eksempel det med magen min. Folk får bare ta meg som jeg er", sier en av informantene. Andre dimensjoner ved tilværelsen tillegges større vekt, som det å være frisk og det å ha en kropp som fungerer. Jeg spør en av kvinnene om hun har fått et endret forhold til kropp og utseende:

Det har nok gjort at jeg er mer fornøyd enn det jeg var. Og jeg vet jo ikke om det er... jeg tror det har litt med det at jeg har fjernet et bryst å gjøre, men det kan være alder. Det vet jeg ikke. Men jeg er i hvert fall mer fornøyd i dag enn det jeg var før. Mer fornøyd med at jeg faktisk har en kropp... for selv om jeg var opptatt av å trene og at kroppen skulle fungere før, så er jeg nok enda mer opptatt av det i dag. Etter cellegiften var jeg i så utrolig dårlig form, som jeg ikke trodde det var mulig å være i. Så i dag er jeg så lykkelig over at kroppen min faktisk vil. Det er viktigere enn hvordan den ser ut! Og derfor har jeg nok et mye bedre forhold til den i dag enn det jeg hadde (Sara).

En klar tendens i materialet er at kroppsfunksjon settes høyere enn ytre, utseendemessige forhold. Kvinnene er opptatt av hva kroppen kan gjøre, altså kroppen som subjekt, og ikke bare av kroppen som objekt, dens form og utseende.

En av kvinnene som har fått brystbevarende behandling, fremhever at hun har fått et mer bevisst forhold til at hun er en kvinne med to bryst. På mitt spørsmål om hun har forandret syn på kropp og utseende etter sykdommen, sier hun:

Ja, jeg har nok gjort det, i og med at jeg ble så overrasket over de tankene jeg hadde i hodet om at det ville gjøre noe med meg hvis jeg måtte fjerne brystet. Så jeg har nok fått et mer bevisst forhold til at jeg har... ja, at jeg er en kvinne med to bryst (Karin).

Et interessant aspekt er at flere informanter har fått større forståelse for at folk velger å gjøre kosmetiske inngrep. En kvinne sier:

Det har aldri vært aktuelt for meg å gjøre inngrep med kroppen da, sånn type silikon i brystene eller rynkefjerning, sånne ting. Men nå... nå er det avmystifisert veldig da (Miriam).

Før de selv ble syke, syntes flere av kvinnene at kosmetisk kirurgi var misbruk av helsepenger. I dag har de større forståelse for at folk velger å operere deler av kroppen som de synes det er tungt å leve med. Dersom det gjør at en person kan få det bedre med hensyn til selvbilde og kroppsbilde, er det greit, sier kvinnene: ”Altså, hvis det kan gjøre et menneske mer positivt og mer fornøyd med seg selv, så tror jeg faktisk det er riktig”. Andre igjen har helt motsatt reaksjon, de skjønner ikke at folk vil legge seg frivillig under kniven. Hvorfor la seg skjære i når man i utgangspunktet er frisk?

Kapittel 7. Avslutning

Jeg startet dette prosjektet med et ønske om å vite mer om hvordan brystkreftopererte kvinner opplever og håndterer sin situasjon, særlig i forhold til kropp og utseende. Jeg hadde en forforståelse av fenomenet brystkreft som i flere sammenhenger viste seg å være for snever, blant annet ved at jeg overfokuserte på utseendemessige forhold. Fordelen var at jeg allerede fra prosjektets start hadde en relativt åpen problemstilling, noe som gjorde det mulig å foreta omprioriteringer undersveis. I løpet av datainnsamlingen fikk jeg, gjennom informantenes fortellinger, innblikk i noen grunnleggende erfaringer knyttet til kjønn og kropp. Jeg fikk da forståelse for at kvinnes erfaringer kunne ses i sammenheng med mer generelle oppfatninger av kvinnekroppen. Ved å ta utgangspunkt i de brystkreftrammedes situasjon, kunne jeg belyse spørsmål knyttet til kropp, kjønn og identitet.

Hovedområdene i oppgaven har vært kvinnes håndtering av diagnosen og kvinnes forhold til kropp og bryst i forkant og etterkant av operasjonen. Fokuset har vært rettet mot kvinnes erfaringer og opplevelser, men jeg har som sagt også ønsket å forstå deres fortellinger i en større sammenheng. For å få dette til har jeg knyttet det empiriske materialet an til teoretiske perspektiver på kropp, kjønn og identitet. Innfallsvinklene jeg har benyttet, har fått stor betydning for hvilke aspekter som er løftet frem i det empiriske materialet. Jeg har foretatt en tolkning og utviklet en forståelse av fenomenet brystkreft som er farget av det teoretiske utgangspunktet for oppgaven.

I dette kapittelet vil jeg oppsummere hva som er fremkommet gjennom analysen. Deretter vil jeg kort komme inn på utvelgelsen av informantene og skjevhetene det gir. Til slutt vil jeg foreslå temaer som kan være aktuelle for fremtidig forskning.

I første del av analysen rettet jeg fokus mot kvinnes reaksjoner på diagnosen og håndteringen av denne. Hvordan en kvinne opplever en brystkreftdiagnose varierer fra person til person, men analysen viser at det er mange likhetstrekk ved måten informantene reagerte på. Flertallet reagerte med sjokk og vantro, men det gikk relativt kort tid før de bestemte seg for å kjempe, være sterke og ta kontroll. Flere forklarer ”fighting spirit”-innstillingen med at det ble lettere for omgivelsene å takle situasjonen. Deres beskrivelser kan peke i retning av at flere står i kroppslig beredskap for andre. Måten kvinnene håndterer diagnosen på kan derfor ses i sammenheng med hva det innebærer å være typisk kvinne. Det viser seg at flere av

kvinnene føler seg splittet mellom tradisjonelle verdier og moderne krav. De vektlegger selvstendighet, styrke og individualitet, men også mer tradisjonelle verdier som omsorgsansvar og hensyn til familie. Flere beskriver imidlertid hvordan sykdommen har fungert som et vendepunkt i livet, og det har ført til at de har blitt flinkere til også å prioritere seg selv.

Når det gjelder kvinnes forhold til kroppen før de ble syke, kan materialet tyde på at vekt utgjorde en sentral del av kvinnes kroppsforståelse og kroppsopplevelse. Normaliteten var referansepunkt for kroppens vekt, form og fasing. Kvinnes uttalelser peker i retning av at brystene ikke var utsatt for det samme fokuset. Brystene defineres og oppleves veldig ulikt av kvinnene. Noen hadde sterke følelsesmessige investeringer i sine bryst, mens de for de fleste bare var en del av kroppen.

Kvinnene vektlegger ulike ting når de reflekterer rundt det å fjerne eller beholde brystet. Noen fokuserer på utseendemessige forhold og kulturelle forventninger, andre fremhever kjønnsidentitet og selvidentitet. En tendens synes å være at de som har beholdt brystet reflekterer mer rundt hva bryst kan bety, mens de som har fjernet brystet fokuserer mer på selve kreftsykdommen, og skyver brysttapet i bakgrunnen. De distanserer seg i større grad fra brystet, noe som er forståelig sett i lys av at man står overfor en trussel mot livet. En mulig tolkning er at dette er en mestringsstrategi, ved å nedvurdere brystets betydning kan man beskytte seg mot de virkelige følelsene. Det kan også handle om å opprettholde et selvilde om at brysttapet ikke har påvirket deres tilværelse og kroppsilde i vesentlig grad (Hammer 1998:125). En sentralt funn er at kroppsfunksjon settes høyere enn utseendemessige forhold, det gjelder både for de som har fjernet og de som har beholdt brystet.

I den siste delen av analysen ble fokus rettet mot kvinnes forhold til kropp og bryst etter operasjonen. Møtet med speilet var en tøff opplevelse for de som har fjernet brystet. Det har både med utseendemessige forhold og kreftsykdommen å gjøre. For de som har beholdt brystet var ikke konfrontasjonen med speilbildet så skremmende, og de opplever liten grad av endring i forhold til eksponering av kroppen. For kvinnene som har fjernet brystet, derimot, har operasjonen fått innvirkning på muligheten til å presentere kroppen i ulike sammenhenger. De forholder seg til uuttalte regler for eksponering av kroppen, selv om de formulerer motstand mot denne ufriheten.

Kvinnene som har bygd opp brystet vektlegger praktiske årsaker, men flere av utsagnene refererer til at noe dypere symbolsk har blitt rokket ved. En brystkreftoperert kropp avviker fra idealet, og et oppbygd bryst kan bidra til å gjenopprette normaliteten, som har en så sterk stilling i vårt samfunn (Haug 1990). Ved å bygge opp brystet får kvinnene ikke bare en kroppslig, men også en mental følelse av å være hel. Flere knytter også rekonstruksjonen til kreftsykdommen, det er en måte å få tilværelsen tilbake på plass. Materialet tyder på at kvinnene klarer å opprettholde et godt forhold til kroppen. En sentralt funn er at ytre trekk, kropp og utseende får mindre betydning i etterkant av operasjonen. Å ha en kropp som er frisk og som fungerer i hverdagen settes foran utseendemessige forhold.

Gjennom oppgaven har jeg pekt på noen generelle mønstre og tendenser som jeg mener er karakteristiske for flere av informantene mine. Jeg har ikke grunnlag for å hevde at andre brystkreftopererte kvinner opplever og håndterer sin situasjon på samme måte. Det empiriske materialet, som består av elleve intervjuer, er begrenset. Dessuten er utvalget selektert på en måte som kan gjøre det vanskelig å overføre denne studiens resultater til å gjelde brystkreftopererte kvinner mer generelt.³² Som jeg har nevnt, er utvalget jevnt over høyt utdannet, og det kan ha betydning for hvordan kvinnene reflekterer rundt sykdom, kropp og utseende. Deres medlemskap i FFB er et annet aspekt. Til tross for dette mener jeg at materialet kan gi innsikt og øke forståelsen av et fenomen som erfares av stadig flere kvinner.

Flere temaer kan være interessante som fremtidige forskningsområder. Jeg vil nevne spesielt to. Bredal finner i sin doktoravhandling at rundt 30 prosent av kvinnene i hennes utvalg har problemer knyttet til seksualitet etter inngrepet (Schou 2005). Dette bør følges opp. Et annet område som kan være interessant, er å se på partnerens erfaring ved brystkreft. Da jeg spurte en kvinne om mannens reaksjon på diagnosen, svarte hun slik:

Det var jo veldig tøft for han (...) Han har vel ikke kommet fram med sine følelser så mye. Men det er nok vanskelig for menn generelt, også for han. Men det har kommet fram, litt etter litt (Gro).

Brystkreft rammer ikke bare kvinnen, men også hennes partner. Gjennom mine samtaler med kvinnene fikk jeg inntrykk av at partneren hadde vært en god støtte, men det kom likevel frem at partneren ikke hadde så lett for å prate. Hvordan brystkreft oppleves av partneren bør derfor undersøkes nærmere.

³² I kvalitativ forskning erstattes begrepet generalisering med begrepet overførbarhet. (Thagaard 1998:185).

Litteratur

Aftenposten (2005). <http://www.aftenposten.no/helse/article1080631.ece/> 27.07.05.

Album, D. (1996). *De nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.

Bengs, C. (2000). *Looking good. A studie of gendered body ideals among young people*. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi. Universitetet i Umeå.

Bredal, I.S. (2005). *Personality trait, emotional distress, and quality of life in Norwegian women diagnosed with breast cancer*. Doktoravhandling. Medisinsk fakultet. Universitetet i Oslo.

Brownmiller, S. (1986). *Kvinnligt. Myten och verkligheten*. Stockholm: Forum.

Brusdal R., Frønes I. (2003). "Forbrukersamfunnet", i I. Frønes og L. Kjølørød (red.): *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Carlstedt, G. (1992). *Kvinnors hålsa. En fråga om makt*. Stockholm: Tiden/Folksam.

Cullberg, J. (1992). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Aschehoug.

Dagbladet (2005). 25.06.05.

Druesund, L. (1998). "Den skolerte kroppen", i F. Skårderud og P.J. Isdahl (red.): *Kroppstanker. Kropp- kjønn- idèhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, s 232-246.

Engelstad, F. (2003). "Makt i det norske samfunnet", i I. Frønes og L. Kjølørød (red.): *Det norske samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Faulkner, A., Maguire, P. (1998). *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Oslo: Tano Aschehoug.

Fog, J. (2001). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademiske Forlag.

Fürst, E. (1990). "Innledning", i *Sosiologi i dag*, 3/1990 s 1-2.

Fürst, E. (1998). "Mat, kropp og kvinnelighet", i F. Skårderud og P.J. Isdahl (red.): *Kroppstanker. Kropp- kjønn- idèhistorie*. Oslo: Universitetsforlaget, s 141-160.

Giddens, A. (1996). *Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under sen-moderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag.

Goffman, E. (1975). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. Danmark: Nordisk Forlag.

Haavind, H. (2001). *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hammer, A.S. (1998). *Å miste et bryst- noe mer enn å miste en kroppsdel? En kvalitativ studie basert på elleve brystopererte kvinners opplevelser ved det å miste og måtte leve med ett bryst*. Hovedfagsoppgave i helsefag. Program for sosialt arbeid. NTNU.

Haug, F. (1987). *Female sexualization: a collective work of memory*. London: Verso.

Haug, F. (1990). "Moralens Tvekjønn", i *Sosiologi i dag*, 3/1990, s 12-34.

Helsenett (2005). <http://www.helsenett.no/Nyheter/Nyheter/Silikon-og-selvf-lelse/> 04.07.05.

Håkonsen, K.M. (1999). *Mestring og relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Isaksen, L.W. (1996). *Den tabubelagte kroppen – kjønn, kropp og tabuer i dagens omsorgsarbeid*. Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen.

Kiebert, G.M., de Haes, J.C.J.M, van der Velde, C.J.H. (1991). "The Impact of Breast-Conserving Treatment and Mastectomy on the Quality of Life on Early-Stage Breast Cancer Patients: A Review", *Journal of Clinical Oncology*, vol.9.no 6 s 1059-1070.

Klassekampen (2005). <http://www.klassekampen.no/Arkivsamling/Arkiv/2005/juli/8/277950/> 26.07.05.

Korsnes, O., Andersen, H., Brante, T. (2001). *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kreftforeningen (2005). http://kreftforeningen.no/dt_main_allatonce.asp?gid=2018/ 02.03.05.

Kåresen, R., Schlichting, E., Wist, E. (2004). *Brystkreft. En innføringsbok for pasienter og pårørende*. http://www.kreftforeningen.no/digimaker/documents/Brystkreft_informasjonsbok_TD1aMT88742ok.pdf

Lazarus, R.S. og Folkman, S. (1990). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lien, M.I. (2004). *Menn og slanking. En kvalitativ studie av maskulinitet, kropp, mat og helse i møte med menn som opplever overvekt*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

Lilleaas, U.B. (2003). *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne*. Rapport 2:3002. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

Lilleaas, U.B. (2004a). "Forholdet mellom etikk og politikk i feministisk forskning sett i lys av egne forskererfaringer", i *Kvinneforskning* nr 2/04, s 53-67.

Lilleaas, U.B. (2004b). "Maskulinitet, sport og forbudte følelser", i *Kvinder, køn og forskning* nr.2-3 2004, s 34-48.

Lilleaas, U.B. (2005). *Maskuliniteter mellom liv og død*. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo. Upublisert notat.

Lilleaas, U.B., Fehr, D.v.d. (2001). "Kroppslig beredskap og kroppens kompetanse", i K. Malterud (red.): *Kvinner ubestemte helseplager*. Oslo: Pax Forlag A/S, s 23-36.

Lilleaas, U.B., Widerberg, K. (2001). *Trøtthetens tid*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Lindebrække, K., Midtbø, N. (2003). *Sterk Dame: Kvinner og brystkreft – og norsk helsepolitikk*. Oslo:Aschehoug.

Lundgren, E. (2001). *Ekte kvinne? Identitet på kryss og tvers*. Oslo: Pax.

NBCG (2005). <http://www.nbcg.net/default.asp?page=40&id=7/> 18.04.05.

Nettleton, S., Watson, J. (1998). *The Body in Everyday Life*. London: Routledge.

Nova (2005). <http://www.nova.no/index.gan?id=1743&subid=0/> 17.07.05.

Peteren, E., Enig, B., Nielsen, T., Petersen, H.N., Albeck, H., Sommerlund, B. (1997). *Livskvalitet, resignation og overlevelse*. Aarhus Universitet: Den juridiske faggruppes Trykkeri.

Reitan, A.M., Schjølberg, T.K. (2000). *Kreftsykepleie- pasient- utfordring- handling*. Oslo: Akribe.

Sabo, D., Gordon, D.F. (1995). *Men`s Health and Illness. Gender, Power and the Body*. London: Sage Publication.

Shilling, C. (1993). *The Body and Social Theory*. London: Sage Publications.

Skårderud, F. (2005). http://www.skarderud.no/blinde_kropper.asp/ 17.07.05.

Skårderud, F., Isdahl, P.J. (1998). *Kroppstanker. Kropp- kjønn- idehistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, J. (1998). *Den åpne kroppen. Om kjønnssymbolikk i moderne kultur*. Oslo: Pax forlag A/S.

Steihaug, S. (2002). *Fra trening og undervisning til bevegelse og samhandling. Anerkjennelse av kvinner med kroniske muskelsmerter*. Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.

Sølvberg, T.G. (2001). *Offentlig amming – det naturligste i verden? En kvalitativ studie av kvinners opplevelse og erfaring med offentlig amming i Oslo*. Hovedoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Universitetet i Oslo.

Søndergaard, D.M. (1996). *Tegnet på kroppen: køn: koder og konstruksjoner blandt unge voksne i academia*. Avhandling (dr.philos). Psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.

Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagboklaget.

Tseelon, E. (1995). *The Masque of Femininity. The Presentation of Woman in Everyday Life*. London: Sage.

Widerberg, K. (1995). *Kunnskapens kjønn. Minner, refleksjoner og teori*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wolf, N. (1990). *The Beauty Myth*. London: Chatto & Windus.

Yalom, M. (1999). *Kvinnebryst. En kulturhistorie*. Oslo: Pax forlag A/S.

*Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.
Antall ord i denne oppgaven er 36 912.*

Vedlegg

Til.....

Forespørsel om deltagelse i en sosiologisk undersøkelse

Takk for at du svarte positivt på forespørselen. Her kommer mer utfyllende opplysninger om selve undersøkelsen.

Jeg heter Gjøril Bergva Aas. Jeg studerer sosiologi ved Universitetet i Oslo og holder nå på med en avsluttende oppgave (masteroppgave). Det er jeg som skal gjøre undersøkelsen og gjennomføre intervjuene. Veileder og prosjektleder for undersøkelsen er forsker Ulla-Britt Lilleaas ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO.

Tema

Temaet for oppgaven er brystkreft. Et overordnet mål for oppgaven er å se på hvordan et utvalg brystopererte kvinner, både de som har fjernet brystet og de som har fått brystbevarende operasjon, har det noen år etter operasjon.

Jeg ønsker å undersøke hvordan brystopererte forholder seg til kulturens kroppsidealer og krav til kvinnelighet, og ut i fra dette forsøke å problematisere trekk ved den moderne kroppen. Et sentralt moment vil være hva brystopererte kan fortelle om ”det kvinnelige”. I den forbindelse blir det viktig å belyse hva brystene symboliserer og betyr for kvinnene. Jeg er også interessert i hva kvinnene tenker om den negative symbolikken som ofte forbindes med en kreftdiagnose. Jeg er videre interessert i om det er likheter og forskjeller i de erfaringene som de som har fjernet brystet og de som har hatt brystbevarende operasjon har gjort seg. For å finne ut av dette trenger jeg din hjelp.

Innhold

Som hensikten i undersøkelsen tilsier blir det personlige emneområder jeg vil komme inn på i mine spørsmål til deg. Spørsmålene vil i stor grad dreie seg om kropp og selvbilde, hvordan du oppfatter kulturens kroppsidealer, og hva du kan fortelle om det kvinnelige.

Gjennomføring

Jeg ønsker å ha et intervju/samtale med ca.10 kvinner, fem som har fjernet brystet og fem som har hatt brystbevarende operasjon. Intervjuene kan gjøres hjemme hos deg, i lokalene til Foreningen for brystkreftopererte, eller et annet sted du måtte ønske. Intervjuet vil ta omtrent 1-2 timer. Hvis det er i orden for deg har jeg et sterkt ønske om å benytte båndopptaker. Det vil hjelpe meg mye når jeg skal skrive ned og analysere informasjonen jeg har fått av deg. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når du selv måtte ønske, uten å måtte begrunne dette. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede opplysninger bli slettet.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Opplysningene du gir meg anonymiseres. I den grad utsagn blir gjengitt i den endelige fremstillingen vil disse bli presentert uten navn eller med oppdiktete navn. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Prosjektet avsluttes i mai 2005 og jeg presiserer at alt datamateriale, inkludert opptak, anonymiseres på dette tidspunkt.

Jeg håper at du er villig til å være med på denne undersøkelsen. I så fall ønsker jeg at du skriver under på dette brevet og tar det med til intervjuet. Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf 00000000.

Med vennlig hilsen Gjøril Bergva Aas

Samtykkeerklæring :

Navn:..... ønsker å delta i denne undersøkelsen.

Adresse:.....

Tlf:.....

INTERVJUGUIDE³³

Alder

Sivil status

Yrke/utdannelse

Operasjonsmetode (fjernet bryst eller brystbevarende)

1. En generell beskrivelse av livssituasjonen før sykdommen

- kan du beskrive livssituasjonen generelt? Fornøyd el misfornøyd?
- jobb, familie, venner, fritid.
- hvordan oppfattet du deg selv? (selvbilde, selvidentitet)

2. Hvordan var forholdet til kropp og bryst før sykdommen?

- hvordan opplevde du kroppen din før sykdommen? (kroppsforståelse, kroppsopplevelse)
- var du fornøyd/misfornøyd med kroppen din? Vekt osv.
- var det noen deler av kroppen du var spesielt fornøyd eller misfornøyd med? Kroppens ulike deler
- var du opptatt av brystene?
- var du opptatt av kropp og helse?(trening, mat, sunnhet osv)
- følte du deg komfortabel med kroppen din, kunne du vise den frem i forskjellige settinger? Beskriv.
- ønsket du deg noe annerledes med kroppen på denne tiden?

3. Reaksjoner på diagnosen

- hva forbandt du med ordet kreft før du selv fikk diagnosen? (metaforer, negativ symbolikk)
- når tok du kontakt med lege?
- kjente du noe på forhånd? Hadde du følelse av at noe var galt?
- hva tenkte du når du fikk diagnosen?
- hvilke assosiasjoner gir ordet deg i dag? (endret betydning, symbolikk)
- hva tror du andre forbinder med ordet kreft? (holdninger og tabuer)
- har du vært åpen om sykdommen i forhold til omgivelsene?
- beskriv omgivelsenes reaksjon før og etter operasjon?
- hvem snakker du med om sykdommen?

³³ Jeg gjorde endringer i intervjuguiden underveis. Dette er den siste versjonen som ble brukt.

Brystbevarende:

- var det ditt eget ønske å få brystbevarende operasjon?
- opplevde du det som reelt valg? Kunne du velge, hvordan ble valget tatt?
- hvilke forutsetninger hadde du for å gjøre et slikt valg?
- hva tenker du om faren for tilbakefall? Er det noe du tenker mye på?
- er du fornøyd med det kosmetiske resultatet?
- hvordan tror du det hadde vært hvis du måtte fjerne brystet?
- noen sier at det er greit å fjerne brystet, mens andre opplever det som nesten umulig. Hvorfor tror du det er så forskjellig? (alder, familiesituasjon, selvtillit, kroppsbilde)
- tror du at du ville rekonstruert brystet? Hvorfor?
- har du noen tanker om hvorfor noen velger rekonstruksjon, mens andre ikke gjør det?

Fjernet bryst:

- hvordan opplevde du det å måtte fjerne brystet?
- hadde du noe valg? Hvilke forutsetninger hadde du for å gjøre det valget?
- noen sier at det er greit å fjerne brystet, mens andre opplever det som vanskelig eller umulig. Hvorfor tror du det er så forskjellig? (alder, familiesituasjon, selvtillit, kroppsbilde)
- har du rekonstruert brystet?
- ønsker du å bygge opp brystet?
- tror du det ville blitt annerledes da?
- har du noen tanker om hvorfor noen velger rekonstruksjon, mens andre ikke gjør det?

Selve operasjonen

- hva tenkte du i forkant av operasjonen? Var det noe spesielt du fokuserte på eller bekymret deg over?
- husker du hva du følte etter operasjonen? (eks lettelse, sorg, sjokk). Beskriv.
- møtet med speilet
- hverdagen etter operasjonen

4. Refleksjoner i etterkant av operasjonen

- brukte du lang tid på å godta at brystet er forandret/borte?
- gjør du de samme tingene som før? (for eks trene, sole deg, bruke samme type klær)
- er det noe du synes er vanskelig å gjøre?
- er det situasjoner som er vanskelige i forhold til at du er brystkreftoperert?

- endret selvoppfatning, selvbylde, kroppsbylde?
- tror du andre oppfatter deg som annerledes etter operasjonen? På hvilken måte?
- har operasjonen endret hvordan du tenker om kroppen/utseendet ditt? På hvilken måte?

5. Kroppsidealer

- ”Ekstrem forvandling”. Hva synes du om kroppsidealene?
- samfunnets normer for kropp og utseende? Forventninger til kvinner?
- egne idealer?
- endret synet på idealene etter at du ble operert?
- egne bilder av hvordan kvinner skal være? (ansikt, kropp, klær, egenskaper)
- hvordan synes du det er viktig å være som kvinne? Klær, utseende, egenskaper.
- opplever du at det var andre kvinneidealene før?

6. Beskrivelser av møtet med helsevesenet

- møtet med helsevesenet. Informasjon, valg?
- mulighet til å artikulere egne ønsker og behov?
- noe du savnet?

7. En generell beskrivelse av livssituasjonen i dag

- beskriv livssituasjonen i dag?
- jobb, venner, familie, fritid osv.
- er livet ditt annerledes? Personlig forandring, omprioriteringer?
- begrensninger og barrierer? Ting du ikke kan gjøre?
- selvoppfatning, selvbylde, kroppsbylde?

8. Støttegruppe og dens betydning

- FFB, aktivt medlem, hvor ofte?
- hva gjør gruppa?
- møtes dere ofte?
- hva betyr gruppa for deg?